



-Anamnesefragebogen für Jugendliche (11-15 Jahre) -

Psychotherapeutisches Zentrum
Kitzberg-Klinik
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Liebe Patientin, lieber Patient,

der erste Teil dieses Anamnesebogens ist dafür geschaffen, uns schon vor der stationären Aufnahme über dich zu informieren. Wir möchten dich bitten, den Fragebogen soweit du kannst alleine auszufüllen und nur bei den Fragen nach früheren Verhaltensauffälligkeiten, (sofern du es nicht weißt) und bei den Fragen nach deiner Entwicklung die Eltern zu Hilfe zu nehmen.

Deine Angaben werden selbstverständlich vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Sende daher den Anamnesebogen und den Bogen der Eltern unmittelbar an unsere oben genannte Adresse zurück.

Vielen Dank für deine Mitarbeit!

1. Persönliche Angaben

Name: Geb.Dat:

Vorname: Alter:

Ich bin: weiblich männlich Geb.Ort:

Straße: Telefon:

Wohnort (+PLZ): Email:

2. Allgemeine psychosoziale Situation und Familie

Staatsangehörigkeit:

Deutsch

andere Nationalität

Aktueller Familienstand der Eltern (Mehrfachankreuzungen sind möglich):

<u>der Mutter</u>		<u>des Vaters</u>	
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet
<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> wieder verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> wieder verheiratet

Anzahl leiblicher Geschwister, Halbgeschwister, Adoptivgeschwister mit Geburtsdatum:

.....

Wer lebt mit im Haushalt:

<input type="checkbox"/> leibliche Geschwister	<input type="checkbox"/> Anzahl
<input type="checkbox"/> Stiefgeschwister	<input type="checkbox"/> Anzahl
<input type="checkbox"/> Halbgeschwister	<input type="checkbox"/> Anzahl
<input type="checkbox"/> Stiefmutter	<input type="checkbox"/> Stiefvater
<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Pflegevater
<input type="checkbox"/> Pflegegeschwister	<input type="checkbox"/> Anzahl
<input type="checkbox"/> Adoptiveltern	
<input type="checkbox"/> Großmutter	<input type="checkbox"/> Großvater
<input type="checkbox"/> mütterlicherseits	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits
<input type="checkbox"/> väterlicherseits	<input type="checkbox"/> väterlicherseits

Wer hat das Sorgerecht? Mutter Vater andere

Gibt es aktuell offenen Fragen im Sorgerecht? ja nein

Wenn ja, welche?

Gab es früher oder gibt es aktuell Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. Kontakt zum Jugendamt? ja nein

Wenn ja, wann und welche?

Wie sind die Erfahrungen mit dem Jugendamt?

.....

.....

.....

Ich besuche folgende Schule:

- Hauptschule
- Realschule / Gymnasium
- Sonderschule für

Falls du momentan eine Schule besuchst:

Name der Schule:
genaue Adresse:
.....
E-Mail-Adresse:
Tel.: Fax:
welche Schulart:
welche Klasse:
Betreuer oder Klassenlehrer/ -in:

Wie kommst du in der Schule zurecht, was macht dir Freude, womit hast du Schwierigkeiten?

.....
.....

Hast du Fehlzeiten in der Schule (wieviele Tage im letzten halben Jahr)?

.....

Was machst du gerne in der Freizeit?

.....

Wieviel Stunden am Tag verbringst du am Bildschirm (TV, PC, Internet, Spielkonsole)?

.....

Gab es Schwierigkeiten beim Kindergartenbesuch?

.....

3. Zur Entwicklung:

Körpergrößecm aktuelles Gewichtkg

Welche Medikamente nimmst du ein? Bitte gib Name und Dosierung der Präparate und den Zeitraum der Einnahme an

Präparat	Dosierung	Einnahmezeitraum

Welche größeren Unfälle hattest du und in welchen Jahren?.....

.....

Hattest du Operationen (welche, wann, welche Klinik)?.....

.....

Wogegen bist du geimpft?

.....

.....

In welchen Kliniken warst du außerdem in den letzten 5 Jahren? (bitte Zeitraum, genauer Name und Ort)

.....

Entwicklung: (bitte informiere dich bei deinen Eltern über diese Dinge)

Schwangerschaftsverlauf:

Geburtsverlauf, Geburtskomplikationen (Brutkasten, Intensivstation):

Gab es in deiner Geschichte folgende Auffälligkeiten:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Aggression gegen Andere |
| <input type="checkbox"/> Aggression gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> Geschwisterrivalität | <input type="checkbox"/> Streitereien |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> Kopf gegen die Wand hauen |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Unruhe | <input type="checkbox"/> Tagträumen |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Sexualisiertes Verhalten | <input type="checkbox"/> Weglaufen |
| <input type="checkbox"/> Ungehorsam | <input type="checkbox"/> Ungesundes Fernsehverhalten | <input type="checkbox"/> Ungesunder Umgang mit Computer oder Videospielen |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten Freunde zu finden | | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |
| | | |

Erläuterungen:

.....

.....

Gab es Erkrankungen der Eltern : Ja Nein

wenn ja, welche und wann:

.....

Gab es Krankenhausaufenthalte : Ja Nein

wenn ja, wann, wo und wie lange:

.....

Worunter leidest du selbst am meisten (nicht das, was die Anderen für dein Problem halten, sondern worunter du selbst leidest)?

.....

.....

Verletzt du dich selbst?

Stationäre Psychotherapie ist ein gewaltfreier Raum, auch im Umgang mit dem eigenen Körper. Die Fähigkeit, selbstverletzendes Verhalten zu stoppen, ist deshalb erforderlich. Kannst du dafür Verantwortung übernehmen, ab jetzt bis zur stationären Aufnahme und während der gesamten Therapie kein selbstverletzendes Verhalten zu praktizieren und mich über jeden Rückfall (erneutes selbstverletzendes Verhalten) zu informieren?

Ja Nein

Rauchst du? wenn ja, wieviel genau

Für Jugendliche unter 18 Jahren besteht bei uns wie vom Jugendschutzgesetz geregelt während der stationären Behandlung ein vollständiges und ausnahmsloses Rauchverbot. Aufnahmevoraussetzung ist deshalb, dass schon vor der stationären Aufnahme der Zigarettenkonsum auf Null reduziert worden ist, entweder durch sofortiges Aufhören oder durch Rauchen von einer Zigarette/ Tag weniger, bis du bei Null angekommen bist. Bist du dazu bereit und bist du einverstanden, mich schriftlich zu informieren, wenn du mit dem Rauchen auf Null angekommen bist?

Ja Nein

Bei der stationären Aufnahme wird in der Regel durch einen Labortest die Nikotinfreiheit überprüft.

Bist du im Stande, während der gesamten Therapie nicht zu rauchen?

Ja Nein

Hältst du dich an Absprachen?

Wie oft lügst du?

Nimmst du Drogen? wenn ja, wieviel genau pro Woche:

Eine Aufnahme bei uns ist nur vollständig drogenfrei möglich. Hast du in den letzten 6 Wochen irgendwelche Drogen genommen?

.....

Kannst du dich eindeutig darauf festlegen, bis zur Aufnahme und während der Therapie keinerlei Drogen zu nehmen?

Ja Nein

Trinkst du Alkohol? wenn ja, wieviel genau pro Woche:

Schnüffelst du? wenn ja, wieviel genau pro Woche:

Mit wem streitest du am häufigsten?

Läufst du weg?

Hast du in den letzten 2 Jahren irgendetwas Strafbares gemacht?

Gab oder gibt es Strafverfahren gegen dich?

Ist in deinem Leben etwas passiert, was dich heute noch bedrückt?

.....

Hast du Freunde, wie kommst du zurecht mit deinen Freunden?

.....

Was denkst du über dein Familienleben, wie kommst du zurecht mit Eltern, Geschwistern, evtl. Großeltern?

.....

Habt ihr Haustiere, sind sie dir wichtig?

.....

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

1. Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen.....
2. Müdigkeit.....
3. Gleichgewichtsstörungen.....
4. Anfallsweise Atemnot.....
5. Erstickungsgefühl.....
6. Neigung zum Weinen.....
7. Appetitlosigkeit.....
8. Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen u./ o. Füßen.....
9. Herzklopfen, Herzjagen oder Herzstolpern.....
10. Rasche Erschöpfbarkeit.....
11. Angstgefühl.....
12. Leibscherzen (einschl. Magen- oder Unterleibschmerzen).....
13. Verstopfung, Einnässen, Einkoten
14. Energielosigkeit.....
15. Gelenk- oder Gliederschmerzen.....
16. Konzentrationsschwäche.....
17. Innere Gespantheit.....
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit.....
19. Leichtes Erröten.....
20. dissoziative Zustände (bitte Weglassen, falls du nicht weißt, was das ist).....
21. Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen.....
22. Trübe Gedanken.....
23. selbstverletzendes Verhalten.....
24. Wutanfälle.....
25. Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, zwanghafte Selbstkontrolle.....
26. Schlafstörungen, Alpträume.....
27. Kontaktprobleme, Redehemmung, Einsamkeit, fehlende Anerkennung.....
28. Selbstmordgedanken.....
29. Suchtprobleme: Alkohol, Tabletten, Spielsucht, anderes.....
30. Fremdwerden von Menschen und Dingen, Selbstentfremdung.....
31. Schmerzen im Nacken/ im Rücken/ Ohrenscherzen/ Halsscherzen.....
32. Minderwertigkeitsgefühle, Unsicherheit, Hemmungen, Stottern.....
33. Essstörung: Magersucht, Bulimie, „Fressattacken“, Erbrechen.....
34. Tinnitus/ Ohrgeräusche, Geräuschempfindlichkeit..
35. Mundtrockenheit, Speichelfluss.....
36. Traurige Verstimmungen, Schuldgefühle, Grübeleien, Zweifel.....
37. Allergien/ Überempfindlichkeit auf Gerüche, Lebensmittel, chemische Stoffe.....

stark 3	mäßig 2	kaum 1	gar nicht 0

Deine Eltern sind dafür, dass du in nächster Zeit in die Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim gehst. Du kannst hier je nach Alter in die Schule gehen oder in die Kinder- und Jugendtagesstätte, außerdem nimmst du an bestimmten Behandlungen teil, wie Spieltherapie, Maltherapie, Bewegungstherapie, Familientherapie, Reittherapie, Einzelgespräche, vielleicht liest du dir nochmal unseren kleinen Klinikprospekt durch oder lässt ihn dir von deinen Eltern erklären.

Welche Fragen hast du dazu:

.....
.....
.....

Bist du damit einverstanden, zur Therapie zu uns zu kommen? Bitte erklär uns deinen Standpunkt:

.....
.....
.....

Was möchtest du uns sonst noch erklären oder erzählen, was ist dir wichtig:

.....
.....
.....

Was möchtest du in deiner stationären Psychotherapie erreichen?

.....
.....
.....

Leidest du an einer Lebensmittelallergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche:

.....
.....

(Zur Information: Falls Sie aufgrund Ihrer Nahrungsmittelunverträglichkeit / -allergie während des stationären Aufenthaltes eine Sonderkost benötigen, müssen Sie bitte zum Aufnahmeterrmin ein Attest mit ärztlicher Diagnose vorlegen. Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologe, Allergologe oder Kinderarzt attestiert werden)

Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Jugendliche

Wir möchten Dir hier Gelegenheit geben, uns das aufzuschreiben, was Du möchtest: vielleicht Deine Lebensgeschichte oder Deine jetzige Lebenssituation.

Dieser Anamnesebogen ist ausschließlich für uns bestimmt und wird an niemanden weitergegeben. Es kann allerdings die stationäre Aufnahme wesentlich beschleunigen, wenn wir dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie zur Verfügung stellen. Wir raten dir deshalb, hierzu deine Zustimmung zu erteilen:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie dieses Anamnesebogens zur Verfügung gestellt wird:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine Email-Adresse vom Psychotherapeutischen Zentrum, Kitzberg-Klinik kontaktiert werde:

Ja Nein

(Datum)

(Unterschrift)

(Datum)

(Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)



-Ergänzungsbogen für Eltern jugendlicher Patienten 11-15 Jahre-

Psychotherapeutisches Zentrum
Kitzberg-Klinik
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
Erlenbachweg 24

97980 Bad Mergentheim

Liebe Eltern,

Ihr Kind ist bei uns zur stationären Aufnahme angemeldet. Wir bitten Sie, diesen Ergänzungsbogen auszufüllen, Ihr Kind hat einen eigenen Fragebogen bekommen.

Eine präzise Einschätzung der Problematik wird uns durch Arzt-/ Krankenhausberichte sehr erleichtert und hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Wir bitten Sie deshalb um die Schweigepflichts-entbindung auf der letzten Seite. Vorliegende Berichte legen Sie uns bitte in Kopie bei.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Die Angaben der Eltern wurden ausgefüllt von:

Name:
Vorname: Geb.Dat:
Straße: Telefon:
Wohnort (+PLZ): Email:

Über mein Kind:

Name: Geb.Dat:
Vorname: Geb.Ort:
Straße: Telefon:
Wohnort (+PLZ): Email:

Versicherungssituation meines Kindes:

(bitte sorgfältig ausfüllen **auch Rentenversicherung**, weil das Aufnahmebüro diese Daten benötigt)

Rentenversicherungsträger

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Gesetzliche Versicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Private Vollversicherung (100 %):

Privat-Versicherung im Basistarif bei:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Beihilfe:

Pers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

mit Privater Zusatzversicherung:

Vers.Nr.:
Straße/ PLZ/ Ort:

Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

Ärztliche Wahlleistung Einbettzimmer Zweibettzimmer

Ich bezahle folgende Zusatzleistungen selbst:

- Ärztliche Wahlleistungen Einbettzimmer Zweibettzimmer

Die stationäre Psychotherapie in unserer Klinik wurde vorgeschlagen durch

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinarzt / prakt.Arzt | <input type="checkbox"/> Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> Kostenträger, Leistungsträger |
| <input type="checkbox"/> Psychiater / Nervenarzt | <input type="checkbox"/> sonstiger Facharzt | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> eine Klinik | <input type="checkbox"/> ich habe die Klinik selbst ausgesucht | <input type="checkbox"/> Jugendamt |

Name, Ort des Empfehlenden:

wichtige Informationsquellen bei meiner Entscheidung für die stationäre Psychotherapie:

- Website der Klinik ehemalige Patienten sonstiges:

Hausärztliche Behandlung durch:

Name:

Straße/ Ort (+PLZ):

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Fachärztliche Behandlung durch:

Name:

Fachgebiet:

Straße/ Ort (+PLZ):

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Kindertherapeutische Behandlung durch:

Name:

Fachgebiet:

Straße/ Ort (+PLZ):::

Tel.:

E-Mail:

Fax:

Haben Sie Kontakt zum Jugendamt, derzeit oder früher, aus welchem Grund:

.....
.....
.....

Adresse des Jugendamtes:

.....
.....

Ansprechpartner:

Haben Sie selbst das Sorgerecht für Ihr Kind/ Ihre Kinder oder eine andere Person/ Behörde?

.....
.....

Gibt oder gab es eine Hilfe zur Erziehung bzw. sozialpädagogischen Familienhilfe durch das Jugendamt?:

- Ja Nein

Wenn ja, welche Hilfe (Erziehungsberatung, Soziale Gruppenarbeit, Betreuungshelfer, Familienhelfer, sozialpädagogische Familienhilfe, Tagesgruppe, Pflegefamilie, Heimerziehung, intensive Einzelbetreuung)?:

.....
.....

Um Ihre Situation zu Hause besser verstehen zu können, benötigen wir noch einige Informationen:

1. Unter welchem Verhalten Ihres Kindes leiden Sie derzeit am meisten?

.....
.....
.....

2. Was hat sich am Umgang miteinander positiv entwickelt?

.....
.....
.....

3. Hat Ihr Kind irgendetwas Strafbares gemacht? Gab oder gibt es Strafverfahren gegen ihr Kind?

.....
.....
.....

4. Welches Familienmitglied betreut das Kind hauptsächlich?

5. Welche Veränderungen erwarten Sie von der Therapie Ihres Kindes?

a.) Angaben der Mutter:

.....
.....

b.) Angaben des Vaters:

.....
.....

c.) Angaben von Betreuern/-innen:

.....
.....

6. Was könnten Sie an Ihrem eigenen Verhalten verändern, um den Umgang mit Ihrem Kinde zu verbessern?

a) Angaben der Mutter:

.....
.....

b) Angaben des Vaters:

.....
.....

c.) Angaben von Betreuern/-innen:

.....
.....

7. Sind Sie berufstätig, wieviele Stunden pro Tag?

.....

Leidet Ihr Kind an einer Lebensmittelallergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit? Wenn ja, welche:

.....
.....

(Zur Information: Falls Sie aufgrund Ihrer Nahrungsmittelunverträglichkeit / -allergie während des stationären Aufenthaltes eine Sonderkost benötigen, müssen Sie bitte zum Aufnahmeterrmin ein Attest mit ärztlicher Diagnose vorlegen. Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologe, Allergologe oder Kinderarzt attestiert werden)

Dieser Anamnesebogen und der Ihres Kindes ist ausschließlich für uns bestimmt und wird an niemanden weitergegeben. Es kann allerdings die stationäre Aufnahme wesentlich beschleunigen, wenn wir dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie zur Verfügung stellen. Wir raten Ihnen deshalb, hierzu Ihre Zustimmung zu erteilen:

Ich bin damit einverstanden, dass dem Arzt des medizinischen Dienstes eine Kopie dieses Anamnesebogens und der Anamnesebogen meines Kindes zur Verfügung gestellt wird:

Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass ich über meine Email-Adresse vom Psychotherapeutischen Zentrum, Kitzberg-Klinik kontaktiert werde:

Ja Nein

Datum:

Unterschrift:

(Erziehungsberechtigte/-r)



Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Liebe Patientin, lieber Patient,

wenn Sie aufgrund einer Allergie oder Nahrungsmittelunverträglichkeit eine besondere Kost benötigen, reichen Sie bitte mit Ihren Aufnahmeunterlagen auch eine entsprechende ärztliche Bescheinigung ein.

Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologen, Allergologen oder Kinderarzt anhand folgender Tests gestellt werden:

Unverträglichkeit /Allergien	Diagnose / Test
Milchzuckerunverträglichkeit Laktoseintoleranz	H ₂ -Atemtest
Fruktosemalabsorption	H ₂ -Atemtest
Sorbitunverträglichkeit	H ₂ -Atemtest
Zöliakie	IgA-Antikörper gegen Gewebstransglutamina oder Endomysium-EmA() und Gesamt IgA
Nahrungsmittelunverträglichkeit	Allergienachweis vom Allergologen IgE-Bestimmungen im Bluttest und / oder Hauttestungen (Prick-Test)

Der Nachweis von IgG-oder IgG4-Antikörper gegen Nahrungsmittel zur Abklärung und Diagnostik von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und Allergien ist nicht anerkannt.

Folgende Kostformen werden in unserer Klinik angeboten:

- Vollkost
- Vegetarische Kost
- Vegane Kost
- Laktosefreie Kost
- Glutenfreie Kost

Mit freundlichen Grüßen

Ärztliches

Team



Vollmacht

VOLLMACHT

Name : _____
Vorname : _____
geb. : _____
wohnhaft : _____

Hiermit beauftrage ich das Psychotherapeutische Zentrum in Bad Mergentheim, die Kostenübernahme für meine stationäre Behandlung bei der Krankenkasse zu beantragen. Kosten entstehen für mich dadurch nicht. Die Klinik wird mich über notwendige Schritte informieren, auch im Fall, dass eine Kostenübernahme nicht möglich sein sollte. Die Vollmacht kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Sollte meine Krankenversicherung ihren Medizinischen Dienst oder Gutachter beauftragen, so bevollmächtige ich die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik, deren Stellungnahmen einzuholen und direkt mit den Gutachtern die stationäre Aufnahme abzustimmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen



F.ÄD.PTZ.011.00

Schweigepflichtsentbindung

Ich _____ geboren am _____

in _____ , wohnhaft in _____

bin damit einverstanden, dass die Ärzte des Psychotherapeutischen Zentrums Kitzberg-Klinik GmbH & Co. KG, Erlenbachweg 22 / 24 in 97980 Bad Mergentheim im Zusammenhang mit meiner stationären Behandlung im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik in Bad Mergentheim bei den von mir im Anamnesefragebogen angegebenen Behandlern Befunde anfordern.

(Datum)

(Unterschrift)

(Datum)

(Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)



Checkliste für das Aufnahmeverfahren

Liebe Patientin,
lieber Patient,

zusätzlich zu Ihrem Anamnesefragebogen benötigen wir folgende Unterlagen:

- **Vollmacht**
- **Entbindung von der Schweigepflicht**
- **Notwendigkeitsbescheinigung**
 - vom Hausarzt/ -in oder
 - vom Psychiater/in Facharzt / Fachärztin Psychotherapeutische Medizin oder
 - vom Psychotherapeuten/ -in
- **Krankenhaus- Entlassungsberichte**

Mit freundlichen Grüßen

Belegungssekretariat
Tel.: 07931-5316-1301 oder -1336
belegung@ptz.de



Die Wichtigste zur Klinikschule am Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik

F.ÄD.PTZ.056.00

Schülerinnen und Schüler mit länger dauernden Erkrankungen haben durch einen Beschluss der Kultusminister aller Bundesländer Anspruch auf Haus- oder Krankenhausunterricht; aus diesem Recht ergibt sich eine Schulpflicht (soweit nicht therapeutische Gründe dagegen sprechen).

Dem Leitbild des Psychotherapeutischen Zentrums entsprechend, will die Klinikschule jeder Schülerin, jedem Schüler dazu verhelfen, die eigenen Stärken (wieder) zu entdecken und so den Weg zu angemessener Leistung, persönlicher Stabilität und Gemeinschaftsfähigkeit zu finden. Die Schule macht ein möglichst gutes Angebot und leistet gerne Hilfestellung – die Entscheidung, das Angebot zu nützen, wird vom jungen Patienten erwartet.

Bei den Fachzielen des Unterrichts werden die Kern- oder Prüfungsfächer der Heimatschule mit Vorrang behandelt, damit möglichst kein Schuljahr verloren geht. Wer Defizite mitbringt, dem bietet die Klinikschule individuelle Diagnose und Hilfe an. Darüber hinaus bearbeiten wir gemeinsam vereinbarte Themen und Projekte (zum Teil auch außerhalb des Unterrichts). Gegenseitige Hilfe und Erleben einer Schulgemeinschaft gehören zu den sozialen Lernzielen der Klinikschule.

Auch wer nicht mehr schulpflichtig ist, kann die Angebote der Klinikschule wahrnehmen (z.B. Lern- und Schullaufbahnberatung, Themen der Allgemeinbildung, Lern- und Arbeitsmethoden, Berufsorientierung, Bewerbertraining, ...).

Selbstverständlich haben Therapie-Termine aller Art an der Klinik Vorrang. Der Stundenplan der Schule nimmt darauf Rücksicht.

Die Schulleiterin, Frau Karin Weidner-Schickedanz, ist telefonisch (07931/53162-200) am besten zwischen 10:30 und 11:00 Uhr zu erreichen, sonst per E-Mail: k.weidner@ptz.de.

Den Eltern / Erziehungsberechtigten wird nach Vereinbarung eine Elternsprechstunde für schulische Themen angeboten.



Schulinformation für Eltern / Erziehungsberechtigte

Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,

wenn Ihre Tochter / Ihr Sohn noch zur Schule geht oder einen Schulabschluss wünscht, wird sie / er während des Aufenthalts im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik von der Klinikschule mit 12 Wochenstunden unterstützt und begleitet. Um den Unterricht in kleinen Lerngruppen auf jede/n Schüler/in individuell abstimmen zu können, muss die Klinikschule – mit Ihrem Einverständnis – möglichst früh Kontakt zur Heimatschule aufnehmen. Unterricht findet auch während der Ferien statt und kann sowohl zum Schließen von Lücken als auch zum Verbessern von Lernstrategien genutzt werden.

Bei der Aufnahme in die Klinik sollte Ihre Tochter / Ihr Sohn die Bücher der wichtigen Fächer und Kurse, zumindest der Kernfächer mitbringen, dazu das nötige Arbeitsmaterial. Günstig wäre, wenn die Heimatschule Stoffverteilungspläne vorbereiten und mitgeben könnte.

Wenn aus ärztlich-therapeutischer Sicht nichts dagegen spricht, können Arbeiten der Heimatschulklasse (nach-)geschrieben und zur Notengebung an den / die Fachlehrer/in zurückgeschickt werden.

Gymnasialschüler (Oberstufe) bitte den eigenen graphikfähigen Taschenrechner mitbringen!

Der beiliegende Fragebogen sollte konstruktiv und ehrlich von der Schülerin / dem Schüler beantwortet und den Aufnahmepapieren der Klinik beigelegt werden.

Dies ist sehr wichtig, vielleicht können Sie dabei Hilfestellung geben.

Für Ihre Informationen an die Klinikschule finden Sie am Ende dieses Anschreibens Platz.

Für Fragen an die Klinikschule schicken Sie uns eine Email (schule@ptz.de) oder rufen Sie uns an (07931-5316-2200)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Karin Weidner-Schickedanz

Schulleitung



Schulinformation für Eltern / Erziehungsberechtigte

Zurück an die Klinikschule am Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik

Name des Schülers / der Schülerin: _____

Eltern / Erziehungsberechtigte: _____

Telefonische Erreichbarkeit / e-mail: _____

1. Einverständnis zur Kontaktaufnahme zwischen Klinikschule und Heimatschule

Ja, mit einer Kontaktaufnahme bin ich / sind wir einverstanden

Nein, mit einer Kontaktaufnahme bin ich / sind wir nicht einverstanden

2. Aus Ihrer Sicht wichtige schulbezogene Informationen und Wünsche an die Klinikschule (ggf. auch weitere Blätter benutzen):

Datum

Unterschrift Eltern / Erziehungsberechtigte



Schulinformation für Schüler / Schülerinnen

Lieber Schüler / liebe Schülerin,

wenn du* noch zur Schule gehst oder dir einen Schulabschluss wünschst, dann unterstützt und begleitet dich während des Aufenthaltes im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik die staatlich anerkannte Klinikschule. Mit 12 Wochenstunden und in engem Kontakt mit der Heimatschule wird der Unterricht in der Regel in den Hauptfächern parallel gestaltet. Unterricht findet auch während der Ferien statt und kann sowohl zum Schließen von Lücken als auch zum Verbessern von Lernstrategien genutzt werden.

Bei der Aufnahme in die Klinik solltest du die Bücher deiner wichtigen Fächer und Kurse, zumindest der Kernfächer mitbringen, dazu das nötige Arbeitsmaterial. Günstig wäre, wenn die Heimatschule Stoffverteilungspläne vorbereiten und dir mitgeben könnte.

Gymnasialschüler (Oberstufe) bitte den eigenen graphikfähigen Taschenrechner mitbringen!

Wenn du möchtest und aus ärztlich-therapeutischer Sicht nichts dagegen spricht, können Arbeiten der Heimatschulklasse (nach-)geschrieben und zur Notengebung an den / die Fachlehrer/in zurückgeschickt werden.

Damit der Lernbedarf und das Unterrichtsangebot möglichst gut zueinander passen, beantworte bitte die Fragen auf den folgenden Seiten und lege dann diesen Fragebogen den Aufnahmepapieren der Klinik bei.

Falls du noch Fragen hast, schicke uns eine Email an schule@ptz.de oder rufe an (07931-5316-2200).

Vielen Dank für deine Mitarbeit!

Karin Weidner-Schickedanz
Schulleitung

** In der Klinik werden Patienten ab 16 Jahren mit „Sie“ angeredet; zur leichteren Lesbarkeit verwendet dieser Brief durchgehend die „du“-Anrede.*



Schulinformation für Schüler / Schülerinnen

Zurück an die Klinikschule im Psychotherapeutischen Zentrum Kitzberg-Klinik

Name des Schülers / der Schülerin _____

Geburtstag: _____

Zuletzt besuchte Klasse: _____

Schulart Grundschule Hauptschule Gymnasium
 Realschule berufliches Gymnasium / FOS
 Sonstige: _____

Name und Anschrift der Schule: _____

Telefon, Fax, E-Mail der Schule: _____

Klassenlehrer oder Vertrauensperson: _____

Bist du damit einverstanden, dass die Klinikschule frühzeitig Kontakt zu deiner Heimatschule (oder zumindest zum Klassenlehrer / Vertrauenslehrer) aufnimmt?

Ja, mit einer Kontaktaufnahme bin ich einverstanden

Nein, mit einer Kontaktaufnahme bin ich nicht einverstanden, aus folgenden Gründen:



Schulinformation für Schüler / Schülerinnen

Welche Fremdsprachen lernst du?

1.

2.

3.

Wo hast du in der Schule Erfolg und Freude erlebt (Fächer, Themen, Arbeitsmethoden...)?

Wo war es für dich in der Schule schwierig (Fächer, Themen, Arbeitsmethoden...)?

Vielleicht kannst du die Probleme in Stichworten benennen?

Wie hast du das Zusammenleben in der Klasse empfunden?

gut normal schwierig, weil:

Wie hast du das persönliche Verhältnis zu den Lehrkräften erlebt?

gut normal belastet, weil:

Der Schulbesuch war in letzter Zeit

regelmäßig unregelmäßig unterbrochen seit: _____

Sonstiges / Bemerkungen / Wünsche (ggf. auch die Rückseite benutzen):

Datum

Unterschrift des Schülers / der Schülerin