-Anamnesefragebogen für Kinder bis 10 Jahre-

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

97980 Bad Mergentheim

Liebe Eltern, liebe Patientin, lieber Patient,

der erste Teil dieses Anamnesebogens ist dafür geschaffen, dass Sie als Eltern uns schon vor der
stationären Aufnahme über Ihr Kind informieren können. Wir möchten Sie bitten, diesen Teil des
Fragebogens für jedes Kind, welches zu uns kommt, auszufüllen, also für Begleitkinder und Thera-
piekinder, die mit den Eltern zusammen hier in Behandlung sein werden.

Der zweite Teil des Fragebogens ist für das Kind gedacht, sofern es selbst schon lesen und schrei-
ben kann. Falls nicht, so erklären Sie Ihrem Kind alles, was es schon verstehen kann und tragen sei-
ne Antworten ein.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht
behandelt. Senden Sie den Anamnesebogen daher unmittelbar an unsere oben genannte Adresse
zurück.

Eine präzise Einschätzung der Problematik von Therapiekindern wird uns durch Arzt-/Kran-
kenhausberichte sehr erleichtert und hilft, Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Wir bitten
Sie deshalb um die beigefügte Schweigepflichtsentbindung. Vorliegende Berichte legen Sie
uns bitte in Kopie bei.

Die beigefügte Vollmacht ist wichtig für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Vielen Dank für Ihre / Deine Mitarbeit!
Angaben der Eltern:
1. Persönliche Angaben

Die Angaben der Eltern wurden ausgefüllt von:
Name: ................................................................. Geb.Dat: ........................................
Vorname: ................................................................. Alter: ........................................
Straße: ................................................................. Geb.Ort: ........................................
Wohnort: ................................................................. Telefon: ........................................

Email: .................................................................

Über mein Kind:
Name: ................................................................. Geb.Dat: ........................................
Vorname: ................................................................. Alter: ...... Jahre ...... Monate
Straße: ................................................................. Geb.Ort: ........................................
Wohnort: ................................................................. Telefon: ........................................

Das Kind soll in die Klinik als □ Begleitkind (ohne Behandlung)
□ Therapiekind (mit Behandlung)

Versicherungssituation meines Kindes (auch bei Begleitkindern ausfüllen), bitte alle Versicherungen sorgfältig ausfüllen, auch Rentenversicherung. weil das Aufnahmебüro 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: ....................................................................................................................

Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):

☐ Ärztliche Wahlleistung ☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer

☐ 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

☐ Allgemeinarzt / prakt.Arzt ☐ Psychotherapeut ☐ Kostenträger, Leistungsträger
☐ Psychiater / Nervenarzt ☐ sonstiger Facharzt ☐ Beratungsstelle
☐ eine Klinik ☐ ich habe die Klinik selbst ausgesucht

Name, Ort des Empfehlenden: ..............................................................................................

wichtige Informationsquellen bei meiner Entscheidung für die stationäre Psychotherapie:

☐ Website der Klinik ☐ ehemalige Patienten ☐ sonstiges: ...............................................

Hausärztliche Behandlung des Kindes durch:

Name: .....................................................................................................................................

Straße/Ort: ..............................................................................................................................

Tel.: ...........................................................................................................................................

E-Mail: .................................................................................................................................

Fax: ......................................................................................................................................

Fachärztliche Behandlung des Kindes durch:

Name: .....................................................................................................................................

Fachgebiet ...............................................................................................................................

Straße/Ort: ................................................................................................................................

Tel.: ........................................................................................................................................

E-Mail: .................................................................................................................................

Fax: ......................................................................................................................................

Kindertherapeutische Behandlung des Kindes durch:

Name: .....................................................................................................................................

Fachgebiet: ..............................................................................................................................

Straße/ Ort: ................................................................................................................................

Tel.: ........................................................................................................................................

E-Mail: .................................................................................................................................

Fax: ......................................................................................................................................
2. Allgemeine psychosoziale Situation und Familie

Staatsangehörigkeit des Kindes:
- Deutsch
- andere Nationalität ..................................................

Mein aktueller Familienstand (Mehrfachkreuzungen sind möglich):

**der Mutter**
- ledig
- geschieden
- verheiratet
- verwitwet
- getrennt lebend
- wieder verheiratet

**des Vaters**
- ledig
- geschieden
- verheiratet
- verwitwet
- getrennt lebend
- wieder verheiratet

Anzahl leiblicher Geschwister, Halbgeschwister, Adoptivgeschwister mit Geburtsdatum:


Wer lebt mit im Haushalt:
- leibliche Geschwister
- Stiefgeschwister
- Halbgeschwister
- Stiefmutter
- Pflegemutter
- Pflegegeschwister
- Adoptiveltern
- Großmutter
- mütterlicherseits
- 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? …………………………………………………………………………………………..

Mein Kind besucht folgende Schule:

- noch nicht in der Schule
- Grundschule
- Hauptschule
- Realschule / Gymnasium
- Sonderschule für ……………………………………………………..

Falls das Kind momentan eine Schule besucht:

Name der Schule: ……………………………………………………………

genaue Adresse: ……………………………………………………………

E-Mail-Adresse: ……………………………………………………………

Tel.: …………………………… Fax: ……………………………

welche Schulart: ……………………………

welche Klasse: ……………………………

Betreuer oder Klassenlehrer/-in: ………………………………………
3. Zur Entwicklung des Kindes:

Körpergröße ...........cm  aktuelles Gewicht ...........kg  BMI, sofern bekannt ........

Nimmt das Kind Medikamente ein? Bitte geben Sie Name und Dosierung der Präparate und den Zeitraum der Einnahme an

<table>
<thead>
<tr>
<th>Präparat</th>
<th>Dosierung</th>
<th>Einnahmezeitraum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Welche größeren Unfälle hatte das Kind und in welchen Jahren? .................................................................

Hatte es Operationen (welche, wann, welche Klinik)? ....................................................................................

Woegen ist das Kind geimpft? .................................................................................................................................

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

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 Aufnahmetermin ein Attest mit ärztlicher Diagnose vorlegen. Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologe, Allergologe oder Kinderarzt attestiert werden)

Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaftsverlauf: .........................................................

Geburtsverlauf, Geburtskomplikationen (Brutkasten, Intensivstation): ..........................................................

Erstes Mal gesessen: ..............................................................

Konnte das Kind normal krabbeln: ...........................................

Wann ist es das erste Mal gelaufen: ........................................

Wann war es sauber: .............................................................

Gab es Schwierigkeiten beim Kindergartenbesuch: ..........................................................

Wie kommt das Kind in der Schule zurecht: ..........................................................
Verhalten meines Kindes (bitte kreuzen Sie an, welche Hinweise auf Probleme Sie bei Ihrem Kind beobachten):

- Einnässen
- Aggression gegen sich selbst
- Nägelkauen
- Konzentrationsstörungen
- Schlafstörungen
- Ungehorsam
- Zigaretten rauchen
- Schierigkeiten Freunde zu finden
- Sonstiges

![Checkboxen mit den folgenden Optionen: Einkoten, Geschwisterrivalität, Streitereien, Haare ausreißen, Kopf gegen die Wand hauen, Unruhe, Sexualisiertes Verhalten, Tagträumen, Weglaufen, Ungesunder Umgang mit Computer oder Videospielen, Essstörungen.]

Erläuterungen:

Was beobachten Sie Positives an Ihrem Kind, wo sind seine Stärken:

Gab es Erkrankungen der Eltern:  ☐ Ja  ☐ Nein

wenn ja, welche und wann: ................................................................................................................
................................................................................................................

Gab es Krankenhausaufenthalte mit Trennung vom Kind:  ☐ Ja  ☐ Nein

wenn ja, wann, wo und wie lange: ........................................................................................................
........................................................................................................
Angaben des Kindes

Name: ..............................................................................................................
Vorname: .................................................................................................. Alter: ..............................................

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

Verletzt du dich selbst? ..............................................................................................................
Rauchst du? ..............................................................................................................................
Hältst du dich an Absprachen? ................................................................................................
Wie oft lügst du? ....................................................................................................................
Nimmst du Drogen? ...................................................................................................................
Trinkst du Alkohol? ...................................................................................................................
Wenn ja, wie viel genau pro Woche: ......................................................................................
Schnüffelst du? .......................................................................................................................even
Mit wem streitest du am häufigsten? ......................................................................................
Läufst du weg? .........................................................................................................................

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

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

Wie geht es dir in der Schule, ist die Schule ein Problem oder bist du gerne dort, wie kommst du mit deinen Mitschülern zurecht?

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

Habt ihr Haustiere, sind sie dir wichtig? ..............................................................................
.............................................................................................................................................

Welche Fragen hast du dazu:

Bist du damit einverstanden, als Begleitkind oder als Therapiekind 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 hier erreichen?
Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Kinder bis 10 Jahre

Wir möchten Dir hier Gelegenheit geben, uns das aufzuschreiben, was Du möchtest: vielleicht Deine Lebensgeschichte oder Deine jetzige Lebenssituation. Du kannst uns auch gerne, wenn Du möchtest, ein Bild malen, in dem Du selbst vorkommst.

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: .................................................................

(Kind)

Unterschrift: .................................................................

(Erziehungsberechtigte/-r)
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.


Auch wer nicht mehr schulpflichtig ist, kann die Angebote der Klinikschule wahrnehmen (z.B. Lern- und Schullaufbahnberatung, Themen der Allgemeinbildung, Lern- und Arbeitsmethoden, Berufsoorientierung, 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.
Sehr geehrte Eltern / Erziehungsberechtigte,


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-Schiedekanz

Schulleitung
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 __________________________
Lieber Schüler / liebe Schülerin,


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 Heimatschulklassen (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.
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 ____________________________
-Anamnesefragebogen für Erwachsene ab 18 Jahren-

Psychotherapeutisches Zentrum Kitzberg-Klinik
Ärztliche Leitung
C/o Belegungssekretariat
Erlenbachweg 24
97980 Bad Mergentheim

Liebe Patientin, lieber Patient,

Füllen Sie diesen Anamnesebogen bitte so sorgfältig wie möglich selbst aus.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich und entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht behandelt. Senden Sie den Anamnesebogen daher bitte unmittelbar an unsere oben genannte Adresse zurück.


Die beigefügte Vollmacht erleichtert die Kostenübernahme durch die Krankenkasse.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
1. Persönliche Angaben:

Name: ........................................................................... Geb.Dat: ........................................
Vorname: ........................................................................... Alter: ........................................
Ich bin: ................................................................. weiblich ................................................................. männlich
Geb. Ort: ........................................
Straße: ........................................................................... Telefon: ........................................
Wohnort (+PLZ): ........................................................................... Email: ........................................

Versicherungssituation
(bitte alle Versicherungen, die Sie haben, sorgfältig ausfüllen auch Rentenversicherung, weil das Aufnahme-
büro 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: .................................................................................................................................
Meine Versicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):
☐ Ärztliche Wahlleistung ☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer

☐ mit Privater Zusatzversicherung: ............................................................................................
Vers.Nr.: ...........................................................................
Straße/ PLZ/ Ort: .................................................................................................................................
Meine Zusatzversicherung beinhaltet (bitte ankreuzen):
☐ Ärztliche Wahlleistung ☐ Einbettzimmer ☐ Zweibettzimmer

☐ Ich bezahle folgende Zusatzleistungen selbst:
Die stationäre Psychotherapie in unserer Klinik wurde vorgeschlagen durch

☐ Allgemeinarzt / prakt. Arzt  ☐ Psychotherapeut  ☐ Kosten träger, Leistungsträger
☐ Psychiater / Nervenarzt  ☐ sonstiger Facharzt  ☐ Beratungsstelle
☐ eine Klinik  ☐ ich habe die Klinik selbst ausgesucht

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: ............................................................................................................................................................................................

Psychotherapeutische Behandlung durch:

Name: ....................................................................................................................................................................................

Fachgebiet: ................................................................................................................................................................................

Straße/ Ort (+PLZ): ........................................................................................................................................................................

Tel.: ............................................................................................................................................................................................

E-Mail: .......................................................................................................................................................................................

Fax: ............................................................................................................................................................................................

2. Allgemeine psychosoziale Situation

Ihre Staatsangehörigkeit:

☐ Deutsch  ☐ andere Nationalität ...........................................................................................................................

Wie ist Ihr aktueller Familienstand (Mehrfachkreuzungen sind möglich):

☐ ledig  ☐ geschieden
☐ verheiratet  ☐ verwitwet
☐ getrennt lebend  ☐ wieder verheiratet

Gesamtzahl eigener und adoptierter Kinder? ............................................................................................................................

In wessen Haushalt leben Sie?

☐ im Haushalt der Eltern  ☐ Wohngemeinschaft
☐ im Haushalt eines Elternteils  ☐ bei Pflege- oder Adoptiveltern
☐ mit Eltern oder Schwiegereltern gemeinsam  ☐ sonstiger Haushalt
☐ eigener Haushalt (mit Partner, eigener Familie etc.)
Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie?
(bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

☐ noch in der Schule ☐ kein Schulabschluß
☐ Sonderschulabschluß ☐ Hauptschul- / Volksschulabschluß
☐ Realschulabschluß / mittlere Reife / polytechnische Oberschule
☐ Fachabitur / Abitur ☐ sonstiges

Falls Sie momentan eine Schule besuchen:

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

Welchen höchsten Berufsabschluß haben Sie?

☐ noch in der Berufsausbildung/ Schule ☐ Fachhochschule / Universität
☐ Lehre / Fachschule ☐ ohne Berufsabschluß
☐ Meister/-in ☐ sonstiges

In welchem Bereich sind oder waren Sie tätig?

☐ un-/angelehrter Arbeiter/-in ☐ Facharbeiter/-in, nicht selbst.
Angestellte(r)/Beamter/-in Handwerker/-in
☐ selbst.Handwerker/-in, Landwirt/-in, Gewerbetreibende(r)
☐ selbst.Akademiker/-in, Freiberufler/-in ☐ noch in Ausbildung
☐ nie erwerbstätig

Wie lautet Ihre genaue Berufsbezeichnung?

_______________________________

Gesamtdauer von Arbeitslosigkeit in den letzten 3 Jahren?

☐ keine ☐ .......... Monate
☐ Arbeitsplatzwechsel (Anzahl in den letzten 3 Jahren) ......................

Wie ist Ihre jetzige berufliche Situation?

☐ berufstätig, Vollzeit ☐ berufstätig, Teilzeit
☐ berufstätig, gelegentlich ☐ mithelfender Familienangeh., nicht berufstätig
☐ Hausfrau/-mann, nicht berufstätig ☐ Ausbildung
☐ Wehr/-Zivildienst/ freiw. soz.Jahr ☐ beschützt beschäftigt
☐ arbeitslos gemeldet ☐
☐ Erwerbs-/Berufsunfähigkeitsrente: ☐ Rente auf Dauer ☐ Rente auf Zeit, befristet bis ___________
☐ Frührente / Altersrente / Pension ☐ Witwen- / Witwer-Rente
☐ anderweitig ohne berufliche Beschäftigung ☐ unbekannt / unklar
☐ selbständig/ freiberuflich

Welche zukünftigen Berufspläne haben Sie?
Sind Sie derzeit arbeitsunfähig? Wenn ja, seit wievielen Wochen ununterbrochen?

| Wochen | (000 = keine Arbeitsunfähigkeit) |

Wie viele Wochen waren Sie in den letzten 12 Monaten insgesamt arbeitsunfähig?

| Wochen | (000 = keine Arbeitsunfähigkeit) |

Gibt es ein laufendes Rentenverfahren?

☐ nein
☐ Rentenantrag
☐ Rentenstreit/Sozialgerichtsverfahren

3. Zur gesundheitlichen Situation:

Körpergröße ..............cm aktuelles Gewicht .............kg BMI, sofern bekannt ........... 

höchstes Gewicht in den letzten 2 Jahren..............................kg 
niedrigstes Gewicht in den letzten 2 Jahren..............................kg

Nehmen Sie Medikamente ein? Bitte geben Sie Name und Dosierung der Präparate und den Zeitraum der Einnahme an

<table>
<thead>
<tr>
<th>Präparat</th>
<th>Dosierung</th>
<th>Einnahmezeitraum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Welche größeren Unfälle hatten Sie und in welchen Jahren?..................................................................
..................................................................................................
..................................................................................................

Hatten Sie Operationen (welche, wann, welche Klinik)?........................................................................
..............................................................................................
..............................................................................................

Bestrahlung/Chemotherapie? (wann, wo):......................................................................................
...............................................................................................................................
...............................................................................................................................

Sind oder waren Sie Teilnehmer/Teilnehmerin an einem Drogensubstitutionsprogramm:

Ja ☐ Nein ☐

Falls Sie derzeit an einem Drogensubstitutionsprogramm teilnehmen, dann schreiben Sie uns bitte die genaue Adresse Ihres Substitutionsmediziners auf:

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

Werden Sie voraussichtlich während der stationären Psychotherapie

☐ Lymphdrainage
☐ Krankengymnastik
☐ Einlagen wg. Harninkontinenz
benötigen? (Wenn ja, bitte ankreuzen, dies muss vorher mit der Krankenkasse geregelt werden)

Besteht bei Ihnen ein Bluthochdruck?: ☐ Ja ☐ Nein

Wenn bei Ihnen ein Bluthochdruck besteht und wenn Sie ein Gerät zum Selbstmessen des Blutdrucks haben, so bitten wir Sie, dieses Gerät mitzubringen.

Besteht bei Ihnen eine Zuckerkrankheit (Diabetes Typ 1 oder Typ 2)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn bei Ihnen eine Zuckerkrankheit besteht und wenn Sie Geräte zum Blutzuckerselbstmessen oder zum Selbstverabreichen von Insulin haben, dann bitten wir Sie, diese Dinge mitzubringen.

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

Element 7 - Dienstleistungsrealisierung

Stand: 16.07.15 / KGu
Wie viele Kinder haben Sie wann geboren?..............................................................................................

Sind Sie schwanger?  □ ja  □ nein  Geburtskomplikationen?.................................................................
Geburstermin: .................
Fehlgeburten (welches Jahr)?.................................................................

Wie ist Ihr Appetit?........................................................................................................................................

Gibt es Probleme mit Wasserlassen und Stuhlgang?............................................................................

Nehmen Sie Abführmittel (welche, seit wann, wieviele)?........................................................................
Haben Sie zur Zeit Schlafprobleme (welche)?..................................................................................

Rauchen Sie:  □ nein  □ ja, ....................................... pro Tag
Sofern Sie unter 18 sind: Sind Sie bereit, Ihren Zigarettenkonsum noch vor der stationären Aufnahme täglich um
eine Zigarette bis auf Null zu reduzieren, weil Jugendliche bei uns gemäß Jugendenschutzgesetz grundsätzlich
nicht rauchen?
□ ja  □ nein

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche? (Bitte genaue Angaben!)........................................................

Leiden sie 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 Aufnahmetermin ein Attest mit ärztlicher Diagnose
vorlegen. Die Diagnose muss von einem Hausarzt, Internisten, Gastroenterologe, Allergologe oder Kinderarzt
attestiert werden)

4. Probleme in der kindlichen Entwicklung:
(Bitte fragen Sie Ihre Eltern oder Geschwister, falls erforderlich und möglich, nach diesen Informationen über
Ihre kindliche Entwicklung)

Gab es in der Schwangerschaft Ihrer Mutter mit Ihnen Komplikationen: ........................................................

Gab es bei Ihrer eigenen Geburt Komplikationen (Geburtsverlauf, Brutkasten, Intensivstation):
.................................................................................................................................................................

Gab es Störungen beim Laufenlernen, Sprechenlernen in den ersten Lebensjahren:.................................
.................................................................................................................................................................

Was wissen Sie über Schwierigkeiten beim Kindergartenbesuch oder in den ersten Schuljahren:..................
.................................................................................................................................................................

Wissen Sie, ob es in ihren ersten Lebensjahren kindliche Verhaltensstörungen gab, wie z. B.:

□ Einnässen
□ Aggression gegen sich selbst
□ Nägelkauen
□ Konzentrationsstörungen
□ Schlafstörungen
□ Ungehorsam
□ Schwierigkeiten Freunde zu finden
□ Sonstiges

□ Einkoten
□ Geschwisterrivalität
□ Haare ausreißen
□ Unruhe
□ Sexualisiertes Verhalten
□ Ungesundes Fernsehverhalten

□ Aggression gegen Andere
□ Streitereien
□ Kopf gegen die Wand hauen
□ Tagträumen
□ Weglaufen
□ Ungesunder Umgang mit Computer oder Videospielen
□ Essstörungen
Erläuterungen:

**Ich leide unter folgenden Beschwerden:**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>stark</th>
<th>mäßig</th>
<th>kaum</th>
<th>gar nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1.</td>
<td>Kopfschmerzen bzw. Druck im Kopf oder Gesichtsschmerzen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>2.</td>
<td>Müdigkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.</td>
<td>Gleichgewichtsstörungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>4.</td>
<td>Anfallsweise Atemnot</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>5.</td>
<td>Erstickungsgefühl</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>6.</td>
<td>Neigung zum Weinen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>7.</td>
<td>Appetitlosigkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>8.</td>
<td>Taubheitsgefühl („Einschlafen“, „Absterben“, Brennen oder Kribbeln) in Händen u./ o. Füßen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>9.</td>
<td>Herzklapfen, Herzrhythmusstörungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>10.</td>
<td>Rasche Erschöpfbarkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>11.</td>
<td>Angstgefühl</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>12.</td>
<td>Leibschmerzen (einschl. Magenschmerzen)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>13.</td>
<td>Verstopfung, Einnässen, Einkoten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>14.</td>
<td>Energiezufuhr</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>15.</td>
<td>Gelenk- oder Gliederschmerzen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>16.</td>
<td>Konzentrationsschwäche</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>17.</td>
<td>Innere Gespanntheit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>18.</td>
<td>Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>19.</td>
<td>Leichtes Erröten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>20.</td>
<td>dissoziative Zustände (bitte Weglassen, falls Sie nicht wissen was das ist)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>21.</td>
<td>Aufsteigende Hitze, Hitzewallungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>22.</td>
<td>Trübe Gedanken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>23.</td>
<td>selbstverletzendes Verhalten</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>24.</td>
<td>Wutanfälle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>25.</td>
<td>Zwangsgedanken, Zwangshandlungen, zwanghafte Selbstkontrolle</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>26.</td>
<td>Schlafstörungen, Alpträume</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>27.</td>
<td>Kontaktprobleme, Rede- und Kommunikationsstörungen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>28.</td>
<td>Selbstmordgedanken</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>29.</td>
<td>Suchtprobleme: Alkohol, Tabletten, Spielsucht, anderes</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30.</td>
<td>Fremdwerden von Menschen und Dingen, Selbstentfremdung</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>31.</td>
<td>Schmerzen im Nacken/ im Rücken/ Ohrenschmerzen/ Halsschmerzen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>32.</td>
<td>Minderwertigkeitsgefühle, Unsicherheit, Hemmungen, Stottern</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>33.</td>
<td>Essstörungen: Magersucht, Bulimie, „Fressattacken“, Erbrechen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>34.</td>
<td>Tinnitus/ Ohrgeräusche, Geräuschempfindlichkeit</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>35.</td>
<td>Mundtrockenheit, Speichelfluss</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>36.</td>
<td>Traurige Verstimmungen, Schlafstörungen, Grübeleien, Zweifel</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>37.</td>
<td>Allergien/ Überempfindlichkeit auf Gerüche, Lebensmittel, chemische Stoffe</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Unter welchen dieser Beschwerden leiden Sie derzeit am meisten und wie lange schon?

Haben Sie Probleme mit Suchtmitteln im stofflichen Bereich wie z.B. Alkohol, Drogen, Medikamenten, Nikotin oder Essen? Bitte führen Sie Art und Menge des Konsums auf.

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

Können Sie sich eindeutig darauf festlegen, bis zur Aufnahme und während der Therapie keinerlei Drogen zu nehmen?

Haben Sie strafbare Delikte begangen, gab oder gibt es Strafverfahren gegen Sie?

Sehen Sie Schwierigkeiten mit süchtigen Verhaltensweisen im nichtstofflichen Bereich wie z.B. Computer, Fernsehen, Telefonieren, Sexualität, Co-Abhängigkeit? Falls ja, beschreiben Sie dies bitte.

Haben Sie Selbstmordversuche gemacht?
Falls ja, können Sie sagen welche Auslöser zugrundelagen?

Fügen Sie sich selbst Verletzungen zu? Wenn ja, wie, wie oft und wann zuletzt?

Stationäre Psychotherapie ist ein gewaltfreier Raum, auch im Umgang mit dem eigenen Körper. Die Fähigkeit, selbstverletzendes Verhalten zu kontrollieren und zu unterlassen ist deshalb erforderlich. Können Sie dafür Verantwortung übernehmen, bis zur stationären Aufnahme kein selbstverletzendes Verhalten zu praktizieren und uns von jedem Rückfall, also jedem erneuten selbstverletzenden Verhalten zu informieren?
Leiden Sie an Essstörungen? Wenn ja, in welcher Weise?

Sind Sie wegen der aufgeführten Beschwerden bereits behandelt worden (Name des Arztes oder der Klinik, Ort, Behandlungszeitraum?)

ambulant

stationär

Hat sich bezogen auf die Beschwerden durch die Behandlung(en) eine Veränderung ergeben?

Welche positiven Fähigkeiten haben Ihnen in der Vergangenheit geholfen, emotionale Belastungen zu meistern?

Womit schaden Sie sich, so dass es gut sein wird, diese Dinge zu beenden?
5. Erwartungen an die Behandlung

Unsere Klinik führt ausschließlich stationäre Psychotherapie durch, keine Kuren, Sanatoriumsaufenthalte oder Ähnliches. Die Behandlungsdauer bei stationärer Psychotherapie liegt erfahrungsgemäß zwischen 6 und 12 Wochen.

Bitte überprüfen Sie deshalb anhand der folgenden Fragen noch einmal Ihre Erwartungen und Ziele.

Welche Ziele verfolgen Sie mit einem Wunsch nach einer Behandlung in unserer Klinik?

In welchem Problembereich scheint es Ihnen vorrangig wichtig, Verbesserungen zu erreichen (psychische Verfassung, körperliche Verfassung, persönliche Beziehungen, Beruf)?

Was wird nach Ihrer Einschätzung für Sie hilfreich sein?

Was könnte Ihnen in einer stationären Psychotherapie schwerfallen?

Gibt es irgendetwas, was Ihnen noch wichtig erscheint aber bisher noch nicht erwähnt wurde?
Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Erwachsene

Wir möchten Ihnen hier Gelegenheit geben, über den Anamnesefragebogen hinaus Ihre Lebensgeschichte, positive und negative Erfahrungen, die Entstehung Ihrer Probleme, Ihre jetzige Lebenssituation und Ihre weiteren Pläne aufzuschreiben.

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 Ihnen deshalb, hierzu Ihre 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

_____________________________  __________________________
(Ort, Datum) (Unterschrift)
Psychotherapeutisches Zentrum Kitzberg-Klinik GmbH & Co. KG
Erlenbachweg 22 / 24, 97980 Bad Mergentheim

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:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Unverträglichkeit /Allergien</th>
<th>Diagnose / Test</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Milchzuckerunverträglichkeit</td>
<td>H2-Atemtest</td>
</tr>
<tr>
<td>Laktoseintoleranz</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Fruktosemalabsorption</td>
<td>H2-Atemtest</td>
</tr>
<tr>
<td>Sorbitunverträglichkeit</td>
<td>H2-Atemtest</td>
</tr>
<tr>
<td>Zöliakie</td>
<td>IgA-Antikörper gegen Gewebstransglutamina oder Endomysium-EmA() und Gesamt IgA</td>
</tr>
<tr>
<td>Nahrungsmittelunverträglichkeit</td>
<td><strong>Allergienachweis vom Allergologen</strong></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>IgE-Bestimmungen im Bluttest und / oder Hauttestungen (Prick-Test)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Stand: 11.09.17 / KGu
Zustimmungserklärung bei Aufnahme eines Kindes

Psychotherapeutisches Zentrum Bad Mergentheim
Ärztliche Leitung
c/o Belegungssekretariat
97980 Bad Mergentheim

Liebe Eltern, liebe Erziehungsberechtigte,
zu unserer rechtlichen Absicherung im Zusammenhang mit der stationären Behandlung des Kindes als Begleit- oder Therapiekind (nicht zutreffendes bitte streichen) und für die Krankenkassenformalitäten bitten wir Sie, die unten stehende Zustimmungserklärung zu unterschreiben und dem Belegungssekretariat zusammen mit dem Anamnesefragebogen zurückzuschicken.

Sollte das Sorgerecht nur bei einem Elternteil liegen, so bitten wir Sie, uns eine Kopie des entsprechenden Dokuments beizufügen.

Mit bestem Dank.

Ärztliche Leitung

**Zustimmungserklärung**

Mit der geplanten stationären Aufnahme meines Kindes _____________________________ als Begleit- oder Therapiekind (nicht zutreffendes bitte streichen) zur Eltern-Kind-Psychotherapie ins Psychotherapeutische Zentrum Bad Mergentheim bin ich einverstanden.

Name / Geburtsdatum der Mutter: _____________________________
Datum und Unterschrift der Mutter: _____________________________

Name / Geburtsdatum des Vaters: _____________________________
Datum und Unterschrift des Vaters: _____________________________
Sehr geehrte Sorgeberechtigte, liebe Eltern,


Zu Ihrem eigenen Schutz bzw. dem Ihres Kindes sowie dem Schutz aller Mitpatienten bitten wir vor Ihrer stationären Aufnahme bzw. der Aufnahme Ihres Kindes um den Nachweis einer vollständigen Masernimpfung (z. B. Kopie des Impfbuches).


Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Reta Pelz
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie
Chefärztin
Vollmacht

VOLLMACHT

Name : 
Vorname : 
geb. :
wohnhaft :


Ort, Datum
Unterschrift

Ort, Datum
Unterschrift Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen
**VOLLMACHT**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Name</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vorname</td>
</tr>
<tr>
<td>geb.</td>
</tr>
<tr>
<td>wohnhaft</td>
</tr>
</tbody>
</table>


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.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ort, Datum</th>
<th>Unterschrift</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ort, Datum</th>
<th>Unterschrift Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen</th>
</tr>
</thead>
</table>
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)
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 Zusammen-
hang 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)
Liebe Patientin, liebe 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