



-Anamnesefragebogen für Jugendliche ab 16 Jahren-

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 Sie zu informieren. Wir möchten Sie bitten, den Fragebogen alleine auszufüllen und nur bei den Fragen nach früheren Verhaltensauffälligkeiten, (sofern Sie es nicht wissen) und bei den Fragen nach Ihrer Entwicklung die Eltern zu Hilfe zu nehmen.

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Persönliche Angaben

Name: Geb.Dat:

Vorname: Alter:

Ich bin: weiblich männlich Geb.Ort:

Straße: Telefon:

Wohnort (+PLZ): Email:

2. Versicherung (bitte bei den Erziehungsberechtigten die nötigen Informationen erfragen, bitte alle Versicherungen, die Sie haben, 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:

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

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 | |

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 (Facharzt für Psychotherapie oder Psychiatrie):

Name:
Fachgebiet:
Straße/ Ort (+PLZ):
Tel.:
E-Mail:
Fax:

Psychotherapeutische Behandlung durch:

Name:
Fachgebiet:
Straße/ Ort (+PLZ):
Tel.:
E-Mail:
Fax:

3. Allgemeine psychosoziale Situation und Familie

Staatsangehörigkeit:

- Deutsch
 andere Nationalität

Aktueller Familienstand der Eltern (Mehrfachankreuzungen 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:

- | | |
|--|--|
| <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?

.....

.....

Welchen höchsten Schulabschluß haben Sie ?

(bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> noch in der Schule | <input type="checkbox"/> kein Schulabschluß |
| <input type="checkbox"/> Sonderschulabschluß | <input type="checkbox"/> Hauptschul-/ Volksschulabschluß |
| <input type="checkbox"/> Realschulabschluß / mittlere Reife / polytechnische Oberschule | |
| <input type="checkbox"/> Fachabitur / Abitur | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Falls Sie momentan eine Schule besuchen:

Name der Schule:

genaue Adresse:

.....

E-Mail-Adresse:

Tel.: Fax:

welche Schulart:

welche Klasse:

Betreuer oder Klassenlehrer/ -in:

Wie kommen Sie in der Schule zurecht, was macht Ihnen Freude, womit haben Sie Schwierigkeiten?

.....

.....

Haben Sie Fehlzeiten in der Schule (wieviele Fehltage im letzten halben Jahr)?

.....

Was machen Sie gerne in der Freizeit?

.....

Wieviel Stunden am Tag verbringen Sie am Bildschirm (TV, PC, Internet, Spielkonsole)?

Gab es Schwierigkeiten beim Kindergartenbesuch?

4. Zur gesundheitlichen Situation:

Körpergrößecm aktuelles Gewichtkg

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

Präparat	Dosierung	Einnahmezeitraum

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

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

Wogegen sind Sie geimpft?

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

Sind Sie schwanger? ja Geburtskomplikationen?.....
Geburtsstermin:
 nein 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)?.....

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.

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

Gab es Erkrankungen der Eltern: Ja Nein

Wenn ja, welche und wann?:

.....

Gab es Krankenhausaufenthalte der Eltern: Ja Nein

Wenn ja, wann, wo und wie lange?:

.....

Worunter leiden Sie selbst am meisten (nicht das, was die Anderen für Ihr Problem halten, sondern worunter Sie selbst leiden)?

.....

.....

Entwicklung: (bitte informieren Sie sich bei Ihren Eltern über diese Dinge)

Schwangerschaftsverlauf:

Geburtsverlauf, Geburtskomplikationen (Brutkasten, Intensivstation):

Gab es in Ihrer 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 Videospiele |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten Freunde zu finden | | <input type="checkbox"/> Essstörungen |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

.....

Erläuterungen:

.....

.....

Rauchen Sie? wenn ja, wieviel genau

Für Jugendliche unter 18 Jahren besteht während der stationären Behandlung in Übereinstimmung mit dem Jugendschutzgesetz ein vollständiges und ausnahmsloses Rauchverbot. Eine stationäre Aufnahme kann erfolgen, sobald der Zigarettenkonsum auf Null reduziert worden ist, entweder durch sofortiges Aufhören oder durch Rauchen von einer Zigarette/ Tag weniger, bis Sie bei Null angekommen sind und mich von jedem Rückfall, also jedem erneuten Rauchen informieren? Sind Sie dazu bereit und im Stande?:

Ja Nein

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

Sind Sie im Stande, während der gesamten Therapie nicht zu rauchen?

Ja Nein

Halten Sie sich an Absprachen?

Wie oft lügen Sie?

Mit wem streiten Sie am häufigsten?

Laufen Sie weg?

Haben Sie in den letzten 2 Jahren irgendetwas Strafbares gemacht?

Gab oder gibt es Strafverfahren gegen Sie?

Ist in Ihrem Leben etwas passiert, was Sie heute noch bedrückt?

.....

Haben Sie Freunde, wie kommen Sie zurecht mit Ihren Freunden?

.....

Was denken Sie über Ihr Familienleben, wie kommen Sie zurecht mit Eltern, Geschwistern, evtl. Großeltern?

.....

Haben Sie Haustiere, sind Sie Ihnen 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. Leibschmerzen (einschl. Magen- oder Unterleibschmerzen).....
13. Verstopfung, Einnässen, Einkoten
14. Energielosigkeit.....
15. Gelenk- oder Gliederschmerzen.....
16. Konzentrationsschwäche.....
17. Innere Gespanntheit.....
18. Mangel an geschlechtlicher Erregbarkeit.....
19. Leichtes Erröten.....
20. dissoziative Zustände (bitte Weglassen, falls Sie nicht wissen, 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/ Ohrenschmerzen/ Halsschmerzen.....
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

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, Schnüffeln, Nikotin? Bitte führen Sie Art und Menge des Konsums auf (**bitte genaue Angaben!**)

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

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 und falls doch, mich darüber zu informieren?

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

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

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

Sehen Sie bei sich 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 stoppen, ist deshalb erforderlich. Können Sie 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

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?

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

Sind Sie damit einverstanden, zur Therapie zu uns zu kommen? Bitte erklären Sie uns Ihren Standpunkt:

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

Was möchten Sie uns sonst noch erklären oder erzählen, was ist Ihnen wichtig?:

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

Was möchten Sie in Ihrer stationären Psychotherapie erreichen?

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

Zusatzbericht zum Anamnesefragebogen für Jugendliche

Wir möchten Ihnen hier Gelegenheit geben, uns das aufzuschreiben, was Sie möchten: vielleicht Ihre Lebensgeschichte oder Ihre 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 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

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



**-Ergänzungsbogen für Eltern jugendlicher Patienten
ab 16 Jahren-**

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: Geb.Ort:
Wohnort: Telefon:

Über mein Kind:

Name:
Vorname: Geb.Dat:
Straße: Geb.Ort:
Wohnort: Telefon:
Email:

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



F.ÄD.PTZ.012.01

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:

