



Sehr geehrte Eltern, liebe/r Jugendlicher,

mit diesem Anmeldebogen möchte ich einen ersten Überblick über den Vorstellungsgrund, die Problemsituation und die aktuelle Lebenssituation erhalten. Gerne können Sie auf der Rückseite des Anmeldebogens Ihre Angaben ergänzen. Alle Angaben werden **vertraulich** behandelt.

Bitte beachten Sie, dass **beide sorgeberechtigten Eltern** die Unterlagen **unterschreiben** müssen. Sollten Sie alleinig sorgeberechtigt sein, genügt Ihre Unterschrift.

Jugendliche ab 16 Jahren können sich ohne Einverständnis der Eltern anmelden.

Senden Sie mir bitte den **Anmeldebogen** und die **Schweigepflichtentbindung** zu. Nach Erhalt der Unterlagen melde ich mich bei Ihnen, sobald ein Termin zum Erstgespräch frei ist.

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch folgende Unterlagen (in Kopie) mit:

- Versichertenkarte
- Schulzeugnisse
- Vorbefunde und Arztbriefe
- das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft

Ihr Therapeut

*Sebastian Pfohl*



## Anmeldebogen

Vorname und Name (**Kind/Jugendliche/r**): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  m  w

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Wir sind telefonisch am besten erreichbar: \_\_\_\_\_

oder unter \_\_\_\_\_ Tage/Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung (gesetzlich oder privat): \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Vers. Nr. Patient/in: \_\_\_\_\_

Name **Mutter**: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fam. Stand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

Name **Vater**: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fam. Stand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

ggf. abweichende Anschrift: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**  Eltern  Mutter  Vater

andere Person/en: \_\_\_\_\_

**Kindergarten**  **Schule**  Klasse \_\_\_\_\_

**Ausbildung**

Name / Ort Kindergarten/ Schule /Ausbildung:



### Vorstellungsgrund

Bitte schildern Sie den genauen Vorstellungsanlass, Ihre Sorgen und die Problemsituation:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen die Probleme: \_\_\_\_\_

---

**Besonderheiten** in der Entwicklungsgeschichte (Krankheiten/ auffällige Entwicklung/ traumatische Lebensereignisse,...):

---

---

---

**Vorbehandlungen** (ärztliche oder psychologische, Beratungen, Untersuchungen):

---

---

**Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an die Behandlung:**

---

---

**Einsatz Therapiehund**      gewünscht                      ja                       nein

Hundeallergie Patient oder Begleitperson                      ja                       nein

---

Ort, Datum

**Unterschriften** der gesetzlichen Vertreter



## Schweigepflichtentbindung

**Wir entbinden/Ich entbinde hiermit Herrn Sebastian Pfohl von der ihm obliegenden gesetzlichen Schweigepflicht §203 StGB über unser/mein Kind.**

Vorname und Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name der Ansprechpartner/in

gegenüber Hausarzt/ Kinderarzt...\_\_\_\_\_

Schule.....\_\_\_\_\_

Jugendamt.....\_\_\_\_\_

Behandler/in.....\_\_\_\_\_

Sonstige.....\_\_\_\_\_

*Nichtzutreffendes bitte streichen!*

Wir sind / Ich bin damit einverstanden, dass Herr Sebastian Pfohl zu den oben genannten Personen / Institutionen - unter Beachtung des Datenschutzes - Kontakt aufnimmt und entsprechende Unterlagen / Informationen anfordert bzw. weiterleitet. Die Entbindung von der Schweigepflicht umfasst alle Tatsachen und Erklärungen, die ich dem Psychologen gegenüber anvertraut habe. Die Schweigepflichtentbindung gilt ebenso umgekehrt für die oben genannten Personen und / oder Institutionen. Diese Entbindungserklärung kann ich jederzeit schriftlich zurücknehmen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Jugendlichen