

[Vom ZPKJ auszufüllen]

Eingangsdatum:

Anfrage-Nummer:

Pat.-Nummer:

Institut für Psychologie

Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche

Wollweberstr. 1,

Tel.: 03834 420 3784

17489 Greifswald

Fax: 03834 420 3790

Anmeldebogen

Für die psychotherapeutische Abklärung der Auffälligkeiten, die durch Sie oder andere bei Ihrem Kind festgestellt wurden, ist es für uns wichtig, einen Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Lebens- und Familiensituation zu gewinnen. Wir bitten Sie deshalb, den hier vorliegenden Anmeldebogen möglichst vollständig und nach bestem Wissen auszufüllen. Bitte lesen Sie die Hinweise sorgfältig durch! Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Neben der Behandlung psychischer Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen gehört es zu den Aufgaben und Zielen des Zentrums für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ), die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Außerdem gehört es zu unserer Aufgabe, Studierende auf den Beruf des/r Psychotherapeut*in vorzubereiten und darin auszubilden. Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Bitte beachten Sie die Informationen bezüglich der Möglichkeiten Ihrer Mitarbeit für Forschung und Lehre am ZPKJ.

Im folgenden Dokument bitten wir Sie, einige Angaben zu Ihrer Lebenssituation und den Grund der Anmeldung zu machen. Entsprechend unserer Kapazitäten werden wir Sie möglichst zeitnah kontaktieren und einen Erstgesprächstermin vereinbaren.

Gegebenenfalls werden Sie auch über laufenden Projekte und Studien informiert. Dies bietet z.B. Die Möglichkeit an neuen Therapieprogrammen teilzunehmen und somit die Wartezeit zu überbrücken. Dies betrifft auch die Zeit nach einer Behandlung am ZPKJ, z.B. werden in Langzeitstudien die langfristigen Effekte von Psychotherapie untersucht. Selbstverständliche werden Sie im Falle einer Studienteilnahme ausführlich über die Zwecke und das Inhalte der Projekte informiert. Informieren Sie sich auch gerne auf unserer Homepage über weitere Angebote unserer Ambulanz.

Gerne dürfen Sie uns bei weiteren Fragen unter der o.g. Nummer kontaktieren.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement!

Bitte senden Sie das Anmeldeformular postalisch an:
Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche
Wollweber Str. 1
17489 Greifswald

1. Persönliche Angaben zur*m Patient*inIch melde mein Kind an ☐ Ich melde mich selbst an (ab 15 J.) ☐

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geburtsort: _____

Geschlecht: divers ☐; männlich ☐; weiblich ☐

Anschrift: _____

Telefon: _____

Telefonische Erreichbarkeit: _____

*Versicherungsinformation (des Kindes/ Jugendlichen):*Versicherung: gesetzlich ☐; privat ☐

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

mögliche Termine (Wochentag/ Uhrzeit): _____

Aktuelle Wohnsituation: Ich wohne/ Das Kind wohnt aktuell☐ bei beiden leiblichen Eltern.☐ bei einem leiblichen Elternteil (Mutter ☐, Vater ☐)☐ bei einer Pflegefamilie/ Adoptiveltern.☐ in einem betreuten Wohnen bzw. einer Wohngruppe.☐ in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft.☐ sonstiges: _____*Kindergarten/ Schule/ Ausbildung:*☐ Mein Kind geht aktuell in einen Kindergarten.

Name des Kindergartens: _____

☐ Ich gehe/ mein Kind geht aktuell zur Schule.

Name der Schule: _____

☐ Ich mache eine Ausbildung/ Studium:

☐ sonstiges: _____**2. Angaben zu den Eltern/ Sorgeberechtigten****a)** Name, Vorname: Mutter ☐; Vater ☐; Vormund ☐

_____, geb. am _____

Anschrift: _____

Berufliche Situation/ aktuelle Arbeit: _____

Kontakt Telefon: _____

Wann sind Sie am besten telefonisch zu erreichen? _____

b) Name, Vorname: Mutter ☐; Vater ☐; Vormund ☐

_____, geb. am _____

Anschrift: _____

Berufliche Situation/ aktuelle Arbeit: _____

Kontakt Telefon: _____

Wann sind Sie am besten telefonisch zu erreichen? _____

Sorgeberechtigt ist/ sind: _____

3. Medizinische Angaben

Sind aktuell oder aus der Vergangenheit körperliche Vorerkrankungen bekannt?

Nein ☐

Ja ☐, wenn ja welche (Bitte auch Jahr angeben): _____

Liegt aktuell oder in der Vergangenheit eine medizinische Behandlung vor?

Nein ☐

Ja ☐, welche: _____

Werden derzeit Medikamente eingenommen?

Nein ☐

Ja ☐, welche: _____

Behandelnde*r Kinder- oder Hausarzt*in (Name, Adresse):

4. Anlass der Vorstellung

Was ist der Anlass zur Vorstellung in der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychotherapie?

[Kurze Beschreibung aktueller Probleme, Herausforderungen oder Symptome]

Gab es eine Empfehlung für die Anmeldung für eine psychotherapeutische Behandlung?

Nein ☐ Ja ☐, durch: _____

Findet aktuell oder fand in der Vergangenheit eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung in einer ambulanten Praxis statt?

Nein ☐ Ja ☐, von – bis: _____

Liegt gegenwärtig oder wurde in der Vergangenheit eine Diagnose von psychologischer Bedeutung gestellt?

Nein ☐ Ja ☐, Diagnose und Jahr: _____

Gab es in der Vergangenheit bereits einen stationären Aufenthalt?

Nein ☐ Ja ☐, von _____ bis: _____ Ort: _____

Weitere Notizen:

Wichtige INFORMATIONEN vor Beginn der DIAGNOSTIK UND SPRECHSTUNDEN

Über die Behandlung psychischer Erkrankungen hinaus gehört es zu den Aufgaben und Zielen des ZPKJ, die Ursachen und Entstehungsbedingungen psychischer Erkrankungen und ihre Behandlung zu erforschen. Wenn wir die Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Erkrankungen sowie die Wirkmechanismen der Psychotherapie besser verstehen, können wir die Psychotherapie gezielter an jede Patientin und jeden Patienten anpassen und somit die Wirksamkeit verbessern. Die Ergebnisse unserer Psychotherapieforschung kommen also sowohl Ihnen, als auch weiteren Patientinnen und Patienten in der Zukunft zugute. Schließlich gehört es zu unserer Aufgabe, Studierende auf den Beruf der Psychotherapeutin / des Psychotherapeuten vorzubereiten und darin auszubilden. Um diese Ziele zu verwirklichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen. Die Möglichkeiten Ihrer Mitarbeit werden wir im Folgenden beschreiben.

1. Eingangsdagnostik vor Durchführung der Sprechstunden

Fragebogendiagnostik als Voraussetzung für die Einladung zur Sprechstunde dient vor allem der optimalen Vorbereitung Ihrer Sprechstunde. Mit den zusätzlichen Informationen ist es uns möglich, zielgerichteter auf Ihre Bedürfnisse und Probleme im Gespräch einzugehen und den Verdacht auf eine psychische Erkrankung besser zu klären sowie individualisierter Hilfsangebote aufzuzeigen. Ebenso dient die Erhebung der Daten der Beantwortung unserer Forschungsfragen, um Psychotherapien zu optimieren und psychische Probleme besser zu verstehen.

2. Video- und Audioaufnahmen

Sofern Sie (am Ende dieses Anmeldebogens) Ihre Einwilligung dazu erteilen, werden die Sprech- sowie Behandlungsstunden mit Hilfe von Video- und/ oder Audiogeräten übertragen und aufgezeichnet. Hierdurch wollen wir zum Einen die hohe psychotherapeutische Qualität der Behandlung sicherstellen. Weiterhin werden die Video-/ und Tonübertragungen und Aufzeichnungen für die studentische Lehre, Intervision und Supervision sowie Forschung genutzt. Zu Beginn der Behandlung erhalten Sie hier eine gesonderte Aufklärung.

3. Einbezug von Studierenden in die Psychotherapie

Ein Teil der Ausbildung im Psychologiestudium der Universität Greifswald (Bachelor und Master) findet am ZPKJ statt. Im Rahmen der Lehre wollen wir den Studierenden unsere umfangreichen Erfahrungen in der Behandlung psychischer Erkrankungen weitergeben, um sie bestmöglich auf den zukünftigen Beruf des*der Psychotherapeut*in vorzubereiten. Dies beinhaltet zum Teil auch, dass Studierende direkt in die Diagnostik und Therapie involviert sind und an Behandlungsstunden teilnehmen oder über eine Videoübertragung verfolgen können. Zudem werden wir gegebenenfalls mit der Frage an Sie herantreten, ob Sie in Lehrveranstaltungen, wie Seminaren und Vorlesungen über Ihre Erfahrungen mit der psychischen Erkrankung und/oder Ihrer Psychotherapie berichten möchten. **Alle Studierenden unterliegen der Schweigepflicht!** Weitere Informationen zum Einbezug Studierender in die therapeutische Behandlung erhalten Sie im Erstgespräch.

4. Hinweise zu Datenverarbeitung

Ihre Anmeldedaten werden von uns sicher aufbewahrt und nur im Falle einer Terminvereinbarung oder Information über relevante Studien und Projekte genutzt. Sie können Ihre Anmeldung jederzeit zurückziehen und Ihre Unterlagen vernichten lassen.

Im Rahmen der Erhebung von Forschungsdaten, z.B. Fragebogenuntersuchungen werden Daten bezüglich Ihrer psychischen Gesundheit pseudonymisiert erhoben und gespeichert. „Pseudonymisiert“ bedeutet, dass in den gespeicherten Daten kein Bezug auf Ihren Namen bzw. den Namen Ihres Kindes enthalten ist, die Daten erhalten eine künstliche Kennung, bestehend aus Buchstaben und Zahlen. Sämtliche Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nur über eine im ZPKJ separat hinterlegte Identifikationsliste möglich. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt, unter Einhaltung des Datenschutzes, durch die Mitarbeiter*innen des Instituts für Psychologie der Universität Greifswald. Falls Daten, z.B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten im In- oder Ausland, weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und in vollständig anonymisierter Form. „Anonymisiert“ bedeutet, dass die Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können.

Die aktuellen Patienteninformationen zum Datenschutz bzgl. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten für diese Zwecke finden Sie unter folgender Adresse, bitte nehmen Sie diese zur Kenntnis:

https://zpkj.uni-greifswald.de/storages/uni-greifswald/fakultaet/mnf/psychologie/zpkj/Dokumente/Pat_Informationen_Datenschutz.pdf

5. Welche Risiken sind mit der Teilnahme an den Untersuchungen verbunden

Das Ausfüllen der Fragebögen und die Durchführung der Sprechstunden können möglicherweise belastend für Sie und Ihr Kind sein. Wenn die Belastungen zu groß werden, können Sie selbstverständlich zu jeder Zeit das Ausfüllen von Fragebögen oder die Durchführung der Behandlung unterbrechen, ohne dass Ihnen daraus Nachteile entstehen. Sprechen Sie uns bitte in diesem Fall auch an. Ihr Kind wird unter anderem zu dem Thema „lebensmüde (suizidale) Gedanken und Pläne“ befragt. Sollten Sie oder Ihr Kind keinen Abstand mehr von lebensmüden Gedanken nehmen können oder sich in einer akuten Krisensituation befinden, können Sie sich bei den folgenden Stellen melden, um sofortige Hilfe zu bekommen:

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Stralsund: 03834 519868

Rostock: 0381 12371 5010

Der sozialpsychiatrische Dienst (erreichbar von 8.00 bis 16.00 Uhr):

Greifswald: 03834 8760 2401

Greifswald Umland: 03834 8760 2502

Anklam: 03834 8760 2422

Pasewalk: 03834 8760 455

Nummer gegen Kummer: 116 111

Telefonseelsorge: 0800 1110111 (evangelisch) 0800 1110222 (katholisch) oder 116 123

Notruf: 112

6. Entstehen für mich durch die Teilnahme an der Eingangsdiagnostik zusätzliche Kosten? Ist eine Aufwandsentschädigung vorgesehen?

Durch Ihre Teilnahme an unserer Diagnostik und Behandlung entstehen für Sie keine zusätzlichen finanziellen Kosten. Entsprechend können wir Ihnen für die Teilnahme keine Aufwandsentschädigung zahlen. Die Erhebung und Auswertung dieser Daten bedürfen natürlich Ihrer ausdrücklichen Zustimmung. Wir möchten Sie daher bitten, die untenstehende Einwilligungserklärung auszufüllen, zu unterschreiben und zusammen mit Ihrem Eingangsfragebogen zurückzuschicken bzw. in der Ambulanz abzugeben.

Einverständniserklärungen

BESTÄTIGUNG DER SPRECHSTUNDENBEDINGUNGEN UND EINWILLIGUNGEN

(bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name, Vorname

Geburtsdatum (Patient*in)

Name, Vorname

Geburtsdatum (Sorgeberechtigte*r)

Name, Vorname

Geburtsdatum (Sorgeberechtigte*r)

Mit ✓ gekennzeichnete Bestätigungen sind Voraussetzung für eine Sprechstunde am ZPKJ. Es müssen alle Sorgeberechtigten unterschreiben, eine Selbstanmeldung ist mit 15 Jahren möglich. Bei Rückfragen können Sie sich gern an uns wenden. Die Einwilligungserklärungen sind vollkommen freiwillig. Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden, soweit nicht gesetzliche Pflichten oder die ordnungsgemäße Abwicklung der Therapievereinbarung dem entgegenstehen.

✓ Allgemeine Aufklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich über den Ablauf und die besonderen Bedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung im Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ) der Universität Greifswald informiert worden bin, insbesondere in Bezug auf die Dokumentation meiner persönlichen Daten und in der Patientenakte, in der Rechneranlage sowie auf Ton- und Bilddatenträgern. Mit meiner Anmeldung willige ich ein, auch vor bzw. nach einer Behandlung am ZPKJ, über laufende Projekte und Studie kontaktiert und über die Möglichkeit einer Teilnahme aufgeklärt zu werden.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*r/ Jugendliche*r ab 15 Jahren

✓ Sprechstundendokumentation

Im Rahmen der therapeutischen Sprechstunde werden Informationen über mein Kind und mich/ uns und die Problemstellung erhoben und ausgewertet. Für den Schutz der Daten sind angemessene Maßnahmen vorgesehen. Die Patienteninformationen zum Datenschutz bzgl. der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für diese Zwecke habe ich zur Kenntnis genommen.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*r/ Jugendliche*r ab 15 Jahren

✓ Schweigepflichtsentbindung (intern)

Sämtliche Patient*innenkontakte am Zentrum für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ) werden supervidiert (Einzel- und Gruppensupervision). Soweit für diesen Zweck erforderlich, entbinde ich die meine/ unsere Behandler*in und die Ambulanz von der Schweigepflicht gegenüber dem*der zuständigen Supervisor*in (und dessen*deren Stellvertreter*in) bzw. den ambulanzierten Teilnehmer*innen der Gruppensupervision bzw. - Intervention.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*r/ Jugendliche*r ab 15 Jahren

Forschungsbezogene Datenverwendung

Alle behandlungsbezogenen Daten werden – pseudonymisiert, d.h. ohne Ihren Namen oder sonstige Personendaten – in den Datenbestand des Zentrums für Psychotherapie für Kinder und Jugendliche (ZPKJ) übernommen. Ihre Daten sind gegen unbefugten Zugriff geschützt. Eine Zuordnung der Daten zu Ihrer Person ist nur über eine im ZPKJ separat hinterlegte Identifikationsliste möglich. Die wissenschaftliche Auswertung erfolgt, unter Einhaltung des Datenschutzes, Mitarbeiter*innen des Instituts für Psychologie der Universität Greifswald. Falls Daten, z.B. im Rahmen von wissenschaftlichen Kooperationsprojekten im In- oder Ausland, weitergegeben werden, erfolgt dies ausschließlich zu statistischen/wissenschaftlichen Zwecken und in vollständig anonymisierter Form. „Anonymisiert“ bedeutet, dass die Daten nicht mehr Ihrer Person zugeordnet werden können.

Ich willige allumfassend in die Verarbeitung meiner/ unserer personenbezogenen Daten bzw. Daten meines/ unseres Kindes für forschungsbezogene Zwecke ein.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*r/ **Jugendliche*r ab 16 Jahren**

Videoaufzeichnungen:

Einwilligung zu Zwecken der Vor- und Nachbereitung der Sprechstunde im Rahmen von Supervision/ Intervention sowie studentischer Lehre

Ich/ Wir willige*n ein, dass Gesprächsaufzeichnungen in Wort und Bild erstellt werden, und dass diese zur Ausbildung der Studierenden sowie Intervention/ Supervision genutzt werden. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner Person bzw. meines Kindes und meiner Familie sowie weiterer am Gespräch beteiligten Personen vollständig gewahrt bleiben: Einblick erhalten nur Personen, die mit der Behandlung beruflich bzw. im Rahmen ihrer Ausbildung befasst sind und der Schweigepflicht unterliegen. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*r/ Jugendliche*r ab 15 Jahren

Videoaufzeichnungen:

Einwilligung zur Verwendung zu Forschungszwecken

Ich/ Wir willige*n ein, dass die im Rahmen der Sprechstunde erstellten Video- und Audioaufzeichnungen zu Forschungszwecken sowie in der studentischen Lehre genutzt werden dürfen. Es wird dafür Sorge getragen, dass die Schutzbelange meiner/ unserer Person bzw. Familie und mit an Gesprächen beteiligten Personen vollständig gewahrt bleiben: Zugriff erhalten nur Personen, die mit der Behandlung bzw. wissenschaftlichen Auswertung der Aufnahmen beauftragt sind und der Schweigepflicht unterliegen. Die Aufzeichnungen werden nur nach vorheriger Absprache und zum entsprechenden Zweck genutzt und nach Ablauf der Nutzung zu diesem Zweck gelöscht. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

X _____ Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte*r/ Jugendliche*r ab 15 Jahren

Sobald ein Termin bei einer*m Psychotherapeut*in verfügbar ist, werden wir uns telefonisch bei Ihnen melden. In der Regel werden die Sprech- und Behandlungsstunden von Praktikanten*innen zu Lehrzwecken begleitet, wenn Sie dem zustimmen!

Checkliste

Bitte bringen Sie die folgenden Unterlagen zu dem vereinbarten Sprechstundentermin mit:

- ☐ Überweisungsschein (an psychotherapeutische Hochschulambulanz)
- ☐ Krankenkassenkarte (des Kindes)
- ☐ Vorbefunde
- ☐ U-Heft
- ☐ Zeugnisse