

[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: Trainingsprogramm „Mutig werden mit Til Tiger“

„Mutig werden mit Til Tiger“ ist ein speziell entwickeltes gruppentherapeutisches Trainingsprogramm und richtet sich an ängstliche, sozial unsichere und schüchterne Kinder im Alter von fünf bis zehn Jahren.

Ziel dieses Trainingsprogramms ist es, sozial unsicheren Kindern mehr Selbstbewusstsein zu vermitteln, soziale Ängste abzubauen und die soziale Kompetenz zu fördern.



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 und weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine Teilnahme am Programm nur bei Zustimmung auf Videoaufzeichnung stattfinden kann.

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. Selbstverständlich werden Sie im Falle einer Studienteilnahme ausführlich über die Zwecke und



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*in

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ Geburtsort: _____

Geschlecht: divers ; männlich ; weiblich

Anschrift: _____

Versicherungsinformation (des Kindes/ Jugendlichen):

Versicherung: gesetzlich ; privat

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Aktuelle Wohnsituation: 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.
- sonstiges: _____

Kindergarten/ Schule:

- Mein Kind geht aktuell in einen Kindergarten.
Name des Kindergartens: _____
- Mein Kind geht aktuell zur Schule.
Name der Schule: _____
- 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 dem Trainingsprogramm „Mutig werden mit Til Tiger“ 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 des Gruppenprogramms „Mutig werden mit Til Tiger“

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, Intervention 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 am Gruppenprogramm zusätzliche Kosten? Ist eine Aufwandsentschädigung vorgesehen?

Durch Ihre Teilnahme an unserem Gruppenprogramm 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. 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



Checkliste

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

- Überweisungsschein (an psychotherapeutische Hochschulambulanz)
- Krankenkassenkarte (des Kindes)
- ggf. Vorbefunde
- Zeugnisse