

Name Elternteil: _____ **Schule:** _____

Name Patient: _____ **Telefonnummer:** _____

Geburtsdatum: _____ **Krankenkasse:** _____

Adresse: _____ **Geschlecht:** _____

Wie haben Sie von der PHA erfahren? _____

Angaben zur **aktuellen Symptomatik**, Behandlungswunsch:

Bitte beantworten Sie jede der folgenden Fragen.	ja	nein
1. Ist nach Ihrem Kenntnisstand eine von Ihnen verwandte Person bei uns in Behandlung? Wenn ja: Name der Therapeutin: _____	☐	☐
2. War Ihr Kind bereits in psychotherapeutischer Vorbehandlung?	☐	☐
3. Teilen Sie sich das Sorgerecht mit einer weiteren Person?	☐	☐
4. Besteht bei Ihrem Kind Angst vor Hunden oder eine Hundehaarallergie?	☐	☐
5. Seit wann besteht die geschilderte Symptomatik? _____		
6. An welchen Tagen kann Ihr Kind Sitzungen bei uns wahrnehmen? _____		

Bitte lesen Sie die Hinweise zur Terminvereinbarung:

1. Nach Einreichen Ihres Kontaktformulars werden wir uns bei Ihnen melden, wenn wir wieder Termine für ein Erstgespräch freihaben. Sie brauchen in der Zwischenzeit nichts weiter zu tun.
2. Nach einem Jahr löschen wir aus Datenschutzgründen Ihr Kontaktformular. Möchten Sie verhindern, dass Ihre Daten gelöscht werden, melden Sie sich kurz vor Ablauf der Frist bei uns und wir verlängern die Frist um ein weiteres Jahr. Bitte beachten Sie, dass wir aus Datenschutzgründen rein telefonisch kommunizieren und auf E-Mails nicht eingehen können.
3. Wenn wir Sie für eine Terminvergabe kontaktieren, werden wir uns aus Datenschutzgründen zunächst als Universität Siegen vorstellen und dann nach Ihrem Namen und Geburtsdatum fragen, um sicherzustellen, dass wir nur mit Ihnen sprechen.
4. Aus organisatorischen Gründen ist es notwendig, dass Sie Ihr Kind zum Erstgespräch begleiten.
5. Ein Erstgespräch führt nicht immer zu langfristiger Therapie. Wir versuchen mindestens drei Einzeltermine anzubieten. In diesen Gesprächen erfahren Sie so früh wie möglich, ob eine Therapie realisierbar ist.
6. Die PHA Siegen ist eine Forschungs-, Lehr- und Ausbildungsambulanz. Zu diesem Zwecke kann es vorkommen, dass die Sprechstunden von Masterstudierenden der Psychologie begleitet oder zu Schulungszwecken aufgezeichnet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

Ich habe die Hinweise zur Terminvereinbarung gelesen. ☐

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigter 1

ggf. Unterschrift Sorgeberechtigter 2

Bitte nicht ausfüllen! Folgendes wird von uns ausgefüllt:

Termin Erstgespräch: _____ Therapeut*in: _____

Sprechstundencode: _____ EG vereinbart durch: _____