UNIVERSITÄT SIEGEN

Psychotherapeutische Hochschulambulanz

Kontaktformular Kinder & Jugendliche

Formblatt und Screening

Ausfülldatum:_____

Name Elternteil: _____ **Schule:** _____

Name Patient: _____ **Telefonnummer**: _____

Geschlecht Patient:_____ **Krankenkasse**: _____

Geburtsdatum Patient:_____

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. Waren Sie 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 postalischem 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.* ***Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Anfragen per Mail aus Datenschutzgründen nicht berücksichtigen.***
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 dem* ***Namen und Geburtsdatum*** *Ihres Kindes 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 resultiert nicht immer in langfristiger Therapie.*** *Wir versuchen mindestens 3 Einzeltermine zu ermöglichen. In diesen Gesprächen erfahren Sie so früh wie möglich, ob eine Therapie möglich 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 und stimme ihnen zu. ☐

_____ _____ _____

Ort, Datum | Unterschrift Sorgeberechtigter 1 | ggf. Unterschrift Sorgeberechtigter 2

Bitte nicht ausfüllen! Folgendes wird von uns ausgefüllt:

Termin Erstgespräch:_____ Therapeut*in: _____

Sprechstundencode: _____ Sachbearbeiter*in: _____