

Herzlich willkommen an der CIP Ambulanz!

Um besser einschätzen zu können, ob die aktuelle Symptomatik Ihres Kindes bei uns angemessen behandelt werden kann, füllen Sie bitte diesen Aufnahmebogen aus und senden ihn entweder per Mail an ambulanz@cip-akademie.de oder per Post an **CIP Ambulanz, Rotkreuzplatz 1, 80634 München**.

Ihre Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte unseren Datenschutzbestimmungen. Zum besseren Leseverständnis verwenden wir für alle Fragen die Bezeichnung „Kind“.

Name			
Vorname			
	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum			
Schule/Ausbildung:			
Anzahl der Geschwister:			
Alter der Geschwister:			
Gesetzliche Krankenkasse:			
Adresse			
Name/Vorname der Eltern	Mutter:		
	Vater:		
Straße und Hausnummer			
PLZ und Ort			
Kontakt		Besprechen erlaubt?	
Festnetz	Mutter:	Anrufbeantworter? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
	Vater:	Anrufbeantworter? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
Mobilfunknummer	Mutter:	Mailbox? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
	Vater:	Mailbox? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nicht vorhanden	
E-Mail	Mutter:		
	Vater:		
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Eltern gemeinsam <input type="checkbox"/> Eltern gemeinsam, getrennt lebend → Sind beide Sorgeberechtigten mit einer Therapie einverstanden? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Alleiniges Sorgerecht <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei: Sorgerecht liegt bei einer anderen Person <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, bei:			

Vorstellungsgrund/aktuelle Beschwerden Ihres Kindes: _____

Gibt oder gab es Besonderheiten in der Entwicklung (ab Schwangerschaft bis jetzt)?

Gab es im Leben Ihres Kindes besondere/belastende Lebensereignisse?

- Umzug
 Mobbing Erfahrung
 Schulwechsel
 Trennung der Eltern
 sonstiges _____

Hat oder hatte Ihr Kind Suizidgedanken? Nein Ja

Bitte beschreiben Sie die Gedanken kurz: _____

Hat Ihr Kind jemals einen Suizidversuch begangen? Nein Ja

Gibt oder gab es selbstverletzendes Verhalten? Nein Ja

Bitte beschreiben Sie dieses Verhalten kurz: _____

Seit wann und wie regelmäßig kommt es vor? _____

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol? Nein Ja

Was trinkt Ihr Kind und wie viel durchschnittlich? _____

Raucht Ihr Kind? Nein Ja

Wie viel durchschnittlich? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Drogen? Nein Ja

Was konsumiert Ihr Kind und wie viel durchschnittlich? _____

Ist Ihr Kind derzeit in psychotherapeutischer Behandlung? Nein Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Seit wann?	Bis wann?
Ambulante Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie <input type="checkbox"/> Tiefenpsychologisch fundierte PT <input type="checkbox"/> Psychoanalytische PT <input type="checkbox"/> Systemische PT <input type="checkbox"/> Therapieverfahren ist mir nicht bekannt		
Teilstationäre Behandlung			
Vollstationäre Behandlung			

War Ihr Kind in der Vergangenheit in ambulanter und/oder (teil-)stationärer Psychotherapie? Nein Ja

	Einrichtung/Therapierichtung	Wann?
Ambulante Psychotherapie		
Teilstationäre Behandlung		
Vollstationäre Behandlung		

Zu welchen Zeiten ist es Ihrem Kind möglich, für die Dauer einer Therapie (ca. 6 – 12 Monate) einen fixen wöchentlichen Termin wahrzunehmen?

- Montag _____
- Dienstag _____
- Mittwoch _____
- Donnerstag _____
- Freitag _____

Bitte beachten Sie:

Ein Termin zur Sprechstunde ist gesetzlich vorgeschrieben und dient der Abklärung des Therapiebedarfs. Der Termin zur Sprechstunde ist keine Zusage für einen Therapieplatz.

Falls es zu einer Vermittlung innerhalb unserer CIP Ambulanz kommt, werden die therapeutischen Sitzungen auf Video aufgenommen. Das Verfahren unterliegt strengen Datenschutzgesetzen und dient ausschließlich den TherapeutInnen zu Ausbildungszwecken. Sie werden über die Verwendung umfassend informiert

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, über elektronische Kanäle mit uns zu kommunizieren. Bitte beachten Sie für die einzelnen Kanäle Folgendes:

- **E-Mail:** Wir verwenden keine vom Transportvorgang unabhängige Verschlüsselungstechnologie, d.h. der Inhalt der E-Mail kann möglicherweise von Dritten gelesen werden. Wenn Sie mit einer solchen Kommunikation einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen dort auch Ihre E-Mail-Adresse ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine E-Mails mehr.
- **SMS:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über SMS Kurznachrichten einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine SMS mehr.
- **WhatsApp:** Wenn Sie mit einer Kommunikation über WhatsApp einverstanden sind, kreuzen Sie bitte unten das entsprechende Feld an und tragen bitte auf der 1. Seite auch Ihre Mobilfunknummer ein. Die Inhalte der zwischen über WhatsApp ausgetauschten Nachrichten sind verschlüsselt und können nicht von Dritten, insbesondere nicht durch das Unternehmen WhatsApp, gelesen werden. Allerdings können die weiteren Umstände der Kommunikation (sogenannte Meta-Daten), z.B. wann Sie uns eine Nachricht geschrieben haben, von Dritten ausgewertet werden. Nähere Informationen erhalten Sie in den Datenschutzzinformationen von WhatsApp. Wenn Sie uns Ihr Einverständnis geben, können Sie dies jederzeit widerrufen. Wir senden Ihnen dann keine Nachrichten über WhatsApp mehr.

Ich bin mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden (bitte mind. 1 auswählen):

 E-Mail

 Festnetz

 Mobilfunknummer

Für die Kommunikation mit meiner/m internen WeiterbehandlerIn während der Psychotherapie bin ich darüber hinaus zusätzlich mit der Nutzung folgender Kommunikationswege einverstanden:

 SMS

 WhatsApp

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Sorgeberechtigten bzw. der/dem Jugendlichen bzw. gesetzlichen Vertreters

Schweigepflichtsentbindungserklärung (§203 StGB)

Mit der Weitergabe der Informationen und Daten aus der Sprechstunde an die/den interne/n WeiterbehandlerIn bin ich einverstanden. Diese Erklärung dient ausschließlich der Vermittlung eines Therapieplatzes.

 Ort, Datum

 Unterschrift des/der Sorgeberechtigten bzw. der/dem Jugendlichen bzw. gesetzlichen Vertreters