

## Fragebogen vor der Psychotherapeutischen Sprechstunde

Der vorliegende Fragebogen enthält einige Fragen zu dem Behandlungswunsch. Ihre Angaben helfen uns dabei, einen ersten Eindruck zu erhalten, ob wir für Sie bzw. Ihr Kind /Jugendlichen die richtige Anlaufstelle sind und um das erste Gespräch entsprechend Ihrer individuellen Situation vorzubereiten.

Wir bitten Sie bzw. Ihr Kind (ab 14 Jahren), jede Frage zu beantworten, damit wir ein ganzheitliches Bild von Ihnen erhalten können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt<sup>1</sup>. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben an unsere Anschrift zurück.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
in der MSB Medical School Berlin

Dronheimer Straße 34  
13359 Berlin

E-Mail: [hochschulambulanz@medicalschool-berlin.de](mailto:hochschulambulanz@medicalschool-berlin.de)

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Ich interessiere mich für eine Behandlung in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Medical School Berlin bzw. am Institut Integrative Psychotherapieausbildung Berlin und bitte Sie, mich für ein persönliches Erstgespräch vorzumerken.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Berlin, .....  
.....

Unterschrift Patient:in (über 14 Jahre)

Sorgeberechtigte Person 1

Sorgeberechtigte Person 2

(Unterschrift der sorgeberechtigten Personen bei unter 14-jährigen Patient:innen)

\* Bitte beachten Sie, dass bereits vor dem Erstgespräch die Zustimmung aller sorgeberechtigter Personen von Kindern unter 14 Jahren vorhanden sein muss. Ohne die Unterschrift aller sorgeberechtigter Personen kann kein Gespräch stattfinden.

<sup>1</sup> Genauere Informationen zum Schutz Ihrer Daten finden Sie am Ende dieses Dokuments

## Angaben zum:r Patient:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich  weiblich  non-binär

Krankenkasse

gesetzlich  privat

Straße/Nr.

Postleitzahl

Ort

Wenn Patient:in über 14 Jahre: Telefon | Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ist ein Umzug geplant?  nein  ja Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Neue Anschrift: \_\_\_\_\_

**Daten zu der ersten Bezugsperson:**  Vater  Mutter  Betreuer:in  Sonstige: \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Adresse (falls abweichend)

Telefon | Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt

**Daten zu der zweiten Bezugsperson:**  Vater  Mutter  Betreuer:in  Sonstige: \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Adresse (falls abweichend)

Telefon | Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt

Wie ist der Familienstand der Eltern?

Partnerschaft  verheiratet  geschieden  verwitwet  getrennt lebend

Wie sind die **Sprachkenntnisse?**

	Deutsch	Was ist/sind Ihre Muttersprache/n?
Patient:in	<input type="checkbox"/> Sehr/gut, <input type="checkbox"/> weniger gut	
Bezugsperson 1	<input type="checkbox"/> Sehr/gut, <input type="checkbox"/> weniger gut	
Bezugsperson 2	<input type="checkbox"/> Sehr/gut, <input type="checkbox"/> weniger gut	

Gibt es **Geschwister / Halb- oder Stiefgeschwister?** · Ja · Nein

Name, Alter \_\_\_\_\_

Gibt es **Besonderheiten zur Unterbringung / Wohnsituation** der:des Patient:in?

---

Besteht Kontakt zum **Jugendamt**?  Ja  Nein

Wenn ja, Kontaktperson: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon | Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Gibt es eine **Familienhilfe/ einen Erziehungsbeistand** o.ä.?  Ja  Nein

Wenn ja, Kontaktperson: Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon | Handy \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Wie ist die aktuelle Betreuungssituation des Kindes / Jugendlichen?

<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Betreuung in d. Familie <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Sonstiges	seit: Einrichtung: <input type="checkbox"/> nicht extern betreuungsfähig seit _____
<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	Klasse: Schule: <input type="checkbox"/> nicht schulfähig seit _____
<input type="checkbox"/> Arbeit / <input type="checkbox"/> Studium	<input type="checkbox"/> Ausbildung <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Arbeit	seit: Institution & Tätigkeit: <input type="checkbox"/> nicht arbeits-/ studierfähig
Anmerkung		

Größe \_\_\_\_\_ (in cm)

Gewicht \_\_\_\_\_ (in kg)

Ist der:die Patient:in zurzeit **krankgeschrieben**?  nein  ja, seit: \_\_\_\_\_

War der:die Patient:in für eine gewisse Zeit (mind. 1 Woche) nicht in der Schule?

Ja  Nein

Falls ja, aus welchen Gründen (bitte psychische Gründe nennen falls vorhanden)?

---

Welche weiteren **Unterstützungsmaßnahmen** erhält der:die Patient:in?

- Ergotherapie
- Physiotherapie
- Logopädie
- Schulbegleitung

War der:die Patient:in in den letzten 12 Monaten in einer **ambulanten psychotherapeutischen Behandlung**?

- nein
- ja

Wie häufig war der:die Patient:in in den letzten zwei Jahren in **stationärer Behandlung**?

- nie

- ein Mal  
 zwei Mal  
 mehr als zwei Mal

Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_

### **Angaben des Kindes / Jugendlichen zum Behandlungswunsch**

Trifft einer oder mehrere der folgenden Problembereiche auf dich zu?

- |                                                                                         |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit / Trauer                                  | <input type="checkbox"/> Alpträume                                                  |
| <input type="checkbox"/> Rückzug                                                        | <input type="checkbox"/> Wutanfälle                                                 |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit / Lustlosigkeit                              | <input type="checkbox"/> Einsamkeit                                                 |
| <input type="checkbox"/> Viel / starkes Weinen                                          | <input type="checkbox"/> Gedächtnis- / Konzentrationsschwierigkeiten                |
| <input type="checkbox"/> Ängste                                                         | <input type="checkbox"/> Körperliche Unruhe                                         |
| <input type="checkbox"/> Essprobleme                                                    | <input type="checkbox"/> Häufiger Wechsel der Arbeitsstelle                         |
| <input type="checkbox"/> Alkohol- und Drogenprobleme                                    | <input type="checkbox"/> Stress / Probleme in der Schule                            |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Symptome<br>(z.B. Bauch-, Kopfschmerzen, Übelkeit) | <input type="checkbox"/> Streit / Probleme zuhause                                  |
| <input type="checkbox"/> Zwänge                                                         | <input type="checkbox"/> Streit / Probleme mit Freund:innen                         |
| <input type="checkbox"/> Schmerzstörungen                                               | <input type="checkbox"/> Leistungsabfall / Versetzungsgefahr                        |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht                                                   | <input type="checkbox"/> Viel Medienkonsum: ca. ___ Stunden am Tag                  |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht                                                    | <input type="checkbox"/> Einnässen                                                  |
| <input type="checkbox"/> Sexuelle Probleme                                              | <input type="checkbox"/> Einkoten                                                   |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzungen                                             | <input type="checkbox"/> Wahnhafte Erleben (Bspw.: sich beobachtet/verfolgt fühlen) |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                                                | <input type="checkbox"/> Halluzinationen (Bspw.: Stimmenhören)                      |
|                                                                                         | <input type="checkbox"/> Mobbing durch andere                                       |

Gab es in den letzten 24 Monaten einen Suizidversuch?

- ja  
 nein

Wie stark fühlst du dich zurzeit durch dein Problem belastet?

- |                                      |                                    |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sehr stark  | <input type="checkbox"/> Wenig     |
| <input type="checkbox"/> Stark       | <input type="checkbox"/> Gar nicht |
| <input type="checkbox"/> Mittelmäßig |                                    |

### **Angaben der Bezugsperson**

Erhalten Sie bereits Hilfe / Unterstützung?  nein  ja

Sind Sie ebenfalls auf der Suche nach Hilfe / Unterstützung?  nein  ja

### **Allgemeine Angaben zur Behandlung an der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz**

Ist der:die Patient:in oder Familienmitglieder an der MSH in Behandlung oder studieren an der MSH?

- nein  ja: \_\_\_\_\_

Ist eine therapeutische Behandlung zwischen 8 – 18 Uhr an einem Wochentag möglich?

- nein  ja

Wie sind Sie auf unsere Psychotherapeutische Hochschulambulanz aufmerksam geworden?

**Wir danken Ihnen für die Mühe beim Ausfüllen des Fragebogens!**

Bitte überprüfen Sie noch einmal, ob Sie auch wirklich alle Fragen beantwortet haben.  
Senden Sie dann den Fragebogen an die

Psychotherapeutische Hochschulambulanz  
in der MSB Medical School Berlin

Drontheimer Straße 34  
13359 Berlin

E-Mail: [hochschulambulanz@medicalschool-berlin.de](mailto:hochschulambulanz@medicalschool-berlin.de)

Nächste Schritte: Wir werden uns nach der Auswertung des Fragebogens bei Ihnen melden und Sie über das weitere Vorgehen informieren.

Mit freundlichen Grüßen  
Ihr Ambulanzteam

## PATIENTENINFORMATION ZUM DATENSCHUTZ

Sehr geehrte Familien,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Entsprechend der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) informieren wir Sie darüber, zu welchem Zweck die Psychotherapeutische Hochschulambulanz die oben aufgeführten Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

**ZWECK DER DATENVERARBEITUNG.** Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und einem\*einer Psychotherapeut\*in der Hochschulambulanz anbahnen zu können.

**EMPFÄNGER IHRER DATEN.** Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie ausdrücklich der Weiterleitung zugestimmt haben.

**SPEICHERUNG IHRER DATEN.** Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Anbahnung der Psychotherapie in der Ambulanz notwendig ist. Sollten Sie eine Psychotherapie in unserer Ambulanz beginnen, werden wir Ihre Daten längerfristig aufbewahren: Sobald ein erstes Gespräch in der Ambulanz stattgefunden hat, sind wir aufgrund rechtlicher Vorgaben dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Die Daten werden dabei über die gesamte Zeitdauer durch geeignete technische und organisatorische Datenschutzmaßnahmen geschützt.

**IHRE RECHTE.** Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis in Form einer Schweigepflichtsentbindung. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Datenübermittlung oder Verarbeitung zu widerrufen. Sie haben ferner das Recht, sich bei dem Verantwortlichen für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt. Die Anschrift lautet:

MSB Medical School Berlin  
Hochschule für Gesundheit und Medizin  
Datenschutzbeauftragter  
Rüdesheimer Straße 50  
14197 Berlin

**RECHTLICHE GRUNDLAGEN.** Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraf 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz.

Weitere Informationen erhalten Sie in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz.

Ihr Ambulanzteam