

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 behandelt¹. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen unterschrieben an unsere Anschrift zurück.

Psychotherapeutische Hochschulambulanz
in der MSB Medical School Berlin

Drontheimer Straße 34
13359 Berlin

E-Mail: 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)

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

¹ Genaue Informationen zum Schutz Ihrer Daten finden Sie am Ende dieses Dokuments

Angaben zum:r Patient:in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

männlich weiblich non-binär

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**

Sorgeberechtigter

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

<input type="checkbox"/> Partnerschaft	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> 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 _____
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?

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

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 MSB in Behandlung oder studieren an der MSB?

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

Dronheimer Straße 34
13359 Berlin

E-Mail: 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 anzubahnen 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