

Datenblatt

Kind		
Name, Vorname:		männl. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/>
Adresse:	Geburtsdatum und Geburtsland:	
E-Mail-Adresse:	Nationalität:	
Telefon privat:	Nutzung E-Mail-Adresse erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse:	Telefon mobil:	
Schule & Klasse:	<input type="checkbox"/> Krippe / Kindergarten <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Realschule Plus <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Sonder-Förderschule <input type="checkbox"/> Waldorf/Montessori <input type="checkbox"/> Gesamtschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/> Arbeitssuchend	<input type="checkbox"/> gesetzl. versichert bei Mutter <input type="checkbox"/> oder Vater <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Selbstzahler/in
Bisheriger Schulabschluss: <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Mittlere Reife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Abitur <input type="checkbox"/> Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Lehre / Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker <input type="checkbox"/> zu jung für den Abschluss <input type="checkbox"/> sonstiges _____		
Kindergarten:	Erzieher:	
Sonstige Betreuung:		
Einnahme von Psychopharmaka zu Beginn der Therapie? <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein		
Einnahme sonstiger Medikamente zu Beginn der Therapie? <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein		
Eltern		
Von wem werden die folgenden Fragen ausgefüllt? <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> keinem Elternteil <input type="checkbox"/> anderem Familienmitglied <input type="checkbox"/> außerfamiliäre Person <input type="checkbox"/> Jugendlicher selbst		
Familienstand:	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> zusammen lebend, nicht verheiratet	Falls Eltern getrennt lebend: <input type="checkbox"/> Mutter neue Partnerschaft <input type="checkbox"/> Vater neue Partnerschaft <input type="checkbox"/> Mutter wiederverheiratet mit neuem PartnerIn <input type="checkbox"/> Vater wiederverheiratet mit neuem PartnerIn
Sorgerecht für das Kind: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> geteilt		
Bezugsperson: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Anderes Familienmitglied <input type="checkbox"/> außerfamiliäre Person		
Wohnsituation bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> Stationäre Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Teilstationäre Jugendhilfe <input type="checkbox"/> Großeltern <input type="checkbox"/> Sonstiges_		

Hat das Kind ein eigenes Zimmer ? <input type="checkbox"/> (0) nein <input type="checkbox"/> (1) ja		
Besitzt die Familie ein eigenes Auto ? <input type="checkbox"/> (0) nein <input type="checkbox"/> (1) ja, eins <input type="checkbox"/> (2) ja, zwei oder mehrere		
Wie häufig ist das Kind mit seiner Familie in den letzten 12 Monaten in den Urlaub gefahren? <input type="checkbox"/> (0) überhaupt nicht <input type="checkbox"/> (1) einmal <input type="checkbox"/> (2) zweimal <input type="checkbox"/> (3) mehr als zweimal		
Wie viele Computer (= Laptops, Tablets, PCs) besitzt die Familie des Kindes? <input type="checkbox"/> (0) keinen <input type="checkbox"/> (1) einen <input type="checkbox"/> (2) zwei <input type="checkbox"/> (3) mehr als zwei		
Migrationshintergrund: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater		
Sprache: Gibt es eine zweite Familiensprache? <input type="checkbox"/> (0) nein <input type="checkbox"/> (1) ja Sprache, die zuhause üblicherweise am meisten gesprochen wird: _____ Sprache, die zuhause üblicherweise am zweitmeisten gesprochen wird: _____		
Mutter: Name, Vorname:		
Adresse:		Geburtsdatum:
		Nationalität:
		Geburtsland:
E-Mail-Adresse:		Nutzung E-Mail-Adresse erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon privat:	Telefon beruflich:	Telefon mobil:
Am besten zu erreichen wann/worüber?		Nutzung dienstl. Tel. Nr. erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachrichten auf AB erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulabschluss: <input type="checkbox"/> (noch) kein <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur /Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		Berufsabschluss: <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung bzw. Studium <input type="checkbox"/> Lehre bzw. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Beruf:		Derzeitige Tätigkeit: <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig (krankgeschrieben) <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund psych. Probleme <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Vater: Name, Vorname:		
Adresse:		Geburtsdatum:
		Nationalität:
		Geburtsland:
E-Mail-Adresse:		Nutzung E-Mail-Adresse erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon privat:	Telefon beruflich:	Telefon mobil:
Am besten zu erreichen wann/worüber?		Nutzung dienstl. Tel. Nr. erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachrichten auf AB erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulabschluss: <input type="checkbox"/> (noch) kein <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Abitur /Fachhochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		Berufsabschluss: <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> noch in Ausbildung bzw. Studium <input type="checkbox"/> Lehre bzw. Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss <input type="checkbox"/> Sonstiges _____

Beruf:		Derzeitige Tätigkeit: <input type="checkbox"/> arbeitsfähig <input type="checkbox"/> arbeitsunfähig (krankgeschrieben) <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund psych. Probleme <input type="checkbox"/> Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe <input type="checkbox"/> Altersrente <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	
Vereinbarungen:			
Geschwister:			
Nam e	Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf
1.			
2.			
3.			
4.			
Auf uns aufmerksam geworden durch:		Wie häufig angerufen?	
Anlass des Anrufs / Beschwerden / Hauptproblem:			
Mögliche Therapiezeiten / weitere Anmerkungen:			