



## Fragebogen Eltern

### Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

### Kontaktdaten des / der Sorgeberechtigten

Name

---

Name

---

Vorname

---

Vorname

---

Telefon

---

Telefon

---

E-Mail

---

E-Mail

---

### Warum möchten Sie Ihr Kind bei uns vorstellen und wer hat dies veranlasst?

---

---

---

---

---

### Welches Ziel verfolgen Sie mit der Behandlung Ihres Kindes?

---

---

---

---

---

### Wie hoch schätzen Sie die Mitwirkungsbereitschaft Ihres Kindes ein (Skala)?

Zutreffendes bitte ankreuzen

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

niedrig

sehr hoch

#### **Bitte beachten Sie!**

**Wir vergeben für die Diagnostik ausschließlich Vormittagstermine.**  
**Wir möchten Sie bitten, dies zu beachten und einzurichten.**

**Findet derzeit eine Behandlung bei einem SPZ (Sozialpädiatrisches Zentrum), PIA (Psychiatrische Institutsambulanz) oder einem anderen Psychiater statt? Falls dies der Fall ist, möchten wir Sie darauf hinweisen, dass eine Doppelbehandlung im gleichen Quartal nicht möglich ist.**

### Unterschriften des / der Sorgeberechtigten

Ort / Datum

---

Ort / Datum

---

Unterschrift

---

Unterschrift

---