THINK
Therapiezentrum für
Teilhabe und Inklusion

Anmeldebogen

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, den nachfolgenden Anmeldebogen vollständig auszufüllen.
Somit helfen Sie uns, den Bedarf Ihrer Familie gut und umfassend einzuschätzen.

Sollten Fragen nicht zu Ihrer Situation passen oder Ihnen etwas Wichtiges fehlen, dann fühlen Sie sich bitte frei, Ihre Antwort kreativ an Ihre Situation anzupassen.
Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte die Rückseite.

Bitte fügen Sie dem Fragenbogen relevante Befunde, ein Foto sowie ein gemaltes Bildes Ihres Kindes bei. **Bitte fügen Sie dieser Anmeldung unbedingt eine Kopie der Diagnose bei!**

Grundlage der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten dieser Anmeldung ist die DSGVO sowie die Richtlinien des Klinikums Itzehoe. Bitte nehmen Sie sich Zeit, um die beigefügten Einverständniserklärungen vollständig auszufüllen.
Bitte beachten Sie, dass die Unterschriften beider sorgeberechtigter Personen vorliegen müssen.

Der Anmeldebogen umfasst 12 Seiten, die Sie bitte ausgefüllt im Original an folgende Adresse senden:

THINK – Therapiezentrum für Teilhabe und Inklusion
am Klinikum Itzehoe
Robert-Koch-Str. 2
25524 Itzehoe

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr THINK-Team

THINK
Therapiezentrum für
Teilhabe und Inklusion

Anmeldebogen

Angaben zum Kind

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum / Ort: _____ Geschlecht: weiblich ◯ männlich ◯

Nationalität: _____ Dolmetscher: Nein ◯ Ja ◯

Straße, Hausnummer: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Diagnose(n): _____

beigefügte Befunde: Ja ◯ Nein ◯

zuständiges Amt: _____

Krankenkasse: _____

Wurde Ihr Kind oder ein Geschwisterkind bereits bei uns vorgestellt? Ja ◯ Nein ◯

Angaben der Sorgeberechtigten

	Vater	Mutter	Andere
Nachname:			
Vorname:			
Geburtsdatum / Ort:			
Anschrift:			
Telefon:			
E-Mail:			
Schulabschluss:			
Beruf:			

☐ Sorgeberechtigte leben getrennt, das Kind lebt vornehmlich bei: _____

☐ Kind wird maßgeblich von anderen Personen erzogen: _____

Status der Kostenübernahme für die therapeutische Intervention

- ☐ eine Kostenübernahme liegt mir/uns vor und wird dem Anmeldebogen beigefügt
- ☐ die Kostenübernahme ist bei den Ämtern beantragt
- ☐ die Kosten der Therapie werden von mir/uns selbst getragen
- ☐ Sonstiges: _____

Bitte beachten Sie folgende Information:

Wenn noch keine Kostenübernahme (Einzelvereinbarung) des zuständigen Jugendamtes oder des Sozialamtes vorliegt, können Sie Ihr Kind zwar bereits im THINK anmelden, die Aufnahme auf unsere Warteliste erfolgt jedoch erst bei Vorliegen der Kostenübernahme des zuständigen Amtes.

Um die Hilfen durch das THINK in Anspruch nehmen zu können, muss eine nachweisbare Teilhabebeschränkung vorliegen.

Bei Selbstzahlern ist eine Anzahlung der ersten 10 Therapieeinheiten bei Anmeldung notwendig, in diesem Fall kontaktieren wir Sie bezüglich der weiteren Vorgehensweise.

Auszufüllen von den Eltern/Bezugspersonen

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders (nutzen Sie gern die Rückseite des Blattes):

Aus welchem Grund/Gründen suchen Sie das THINK auf? Nutzen Sie gern den Freiraum für eine genauere Beschreibung.

- ☐ Kontaktschwierigkeiten
- ☐ motorische Unruhe
- ☐ starke Wut/Trotz
- ☐ übermäßige Ängstlichkeit
- ☐ soziale Schwierigkeiten
- ☐ Aggressivität
- ☐ Verweigerung
- ☐ Hohe Sensibilität für Reize
- ☐ Störung des Essverhaltens
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ Konzentrationsschwächen
- ☐ Traurigkeit
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Beschreibung des Verhaltens (z.B. eine konkrete Situation oder des Anliegens an das THINK):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

☐ Probleme in der Sprachentwicklung

_____

_____

☐ häusliche Probleme:

_____

_____

☐ schulische Probleme:

_____

_____

Besuchte Einrichtungen:

☐ Kindergarten	von _____	bis _____
☐ Schule	von _____	bis _____
☐ Ausbildungsplatz	von _____	bis _____
☐ Arbeitsplatz	von _____	bis _____
☐ Werkstatt	von _____	bis _____
☐ Tagesfördereinrichtung	von _____	bis _____
☐ Sonstige:	von _____	bis _____

Name, Anschrift, Telefon-Nummer, E-Mailadresse der derzeit besuchten Einrichtung:

_____

_____

_____

Ansprechpartner*in:

_____

Medizinische Angaben

☐ relevante Vorerkrankungen/Diagnosen: _____

☐ Allergien: _____

☐ Sonstiges: _____

Angaben zu bisherigen Behandlungen des Kindes:

☐ Sprachförderung	von _____	bis _____
☐ Frühförderung	von _____	bis _____
☐ Ergotherapie	von _____	bis _____
☐ Psychotherapie	von _____	bis _____
☐ Physiotherapie	von _____	bis _____
☐ andere Behandlungen:	von _____	bis _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? ◯ Nein ◯ Ja ☐ folgende:

_____

_____

Frühe Entwicklung:

☐ Komplikationen während der Schwangerschaft:

_____

_____

☐ psychische Belastung der Mutter/Familie während der Schwangerschaft:

_____

_____

Die Geburt erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche.

Geburtsgröße: _____ Geburtsgewicht: _____ Kopfumfang: _____

☐ Komplikationen während und direkt nach der Geburt:

_____

_____

Im ersten Lebensjahr: ☐ Schreikind ☐ Fütter-/Gedeihstörungen ☐ besondere Schlafprobleme

☐ sonstiges: _____

☐ besondere Krankheiten: _____

Ab welchem Alter beherrschte Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte:

Greifen: _____ Monate; freies Sitzen: _____ Monate; Krabbeln: _____ Monate;

freies Stehen: _____ Monate; freies Laufen: _____ Monate; erste Worte: _____ Monate;

erste Sätze: _____ Monate; selbständig mit dem Löffel essen: _____ Monate;

tagsüber trocken: _____ Jahre; nachts trocken: _____ Jahre; An- u. Ausziehen: _____ Jahre;

Fahrrad fahren (ohne Stützräder): _____ Jahre

Namen, Anschriften und Telefonnummern der überwiegend behandelnden Ärzte:

_____

_____

Kinderarzt:

_____

_____

Hausarzt:

_____

_____

Psychotherapeut/Psychiater:

_____

_____

Privates Umfeld

Geschwister (bei weiteren Geschwistern bitte die Rückseite verwenden!):

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____ Klasse: _____

Krankheiten/Entwicklungsstörungen: _____

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: _____ Klasse: _____

Krankheiten/Entwicklungsstörungen: _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind im Durchschnitt am Tag an Bildschirmgeräten (Fernseher, PC/Tablet, Smartphone)?

Wochentags: _____ Stunden

Wochenende: _____ Stunden

Hat Ihr Kind häusliche Pflichten oder Arbeiten zu erledigen? ◯ Nein ◯ Ja, folgende:

_____

_____

_____

Hier haben Sie die Möglichkeit besondere Lebensumstände zu schildern, die Sie für uns als wichtig einschätzen (besonderes Engagement der Großeltern, Wohnsituation, Besuchsregelungen, psychische oder andere Belastungen in der Familie, Fremdunterbringung, Familienhilfen oder Ähnliches):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und willige der Speicherung meiner personenbezogenen Daten sowie der meines Kindes gemäß DSGVO-Richtlinien des Klinikums Itzehoe ein.

_____

Ort Datum

_____ _____

Name und Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Name und Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Einverständniserklärung

Videoaufzeichnungen von Interventionen dienen der Qualitätssicherung und fachlichen Weiterentwicklung. Für die Aufnahme, die Nutzung und Weitergabe der Aufzeichnung ist eine Einwilligung erforderlich, die jederzeit eingeschränkt oder widerrufen werden kann.

Ich bin/wir sind damit einverstanden, dass Interventionen, die für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

durch das Personal des THINK am Klinikum Itzehoe durchgeführt werden, auf Video aufgenommen werden und für interne fachliche Zwecke verwendet werden dürfen.

☐ Ja, ich/wir stimme/n Videoaufzeichnungen u. der Verwendung für interne fachliche Zwecke zu

☐ Nein, ich/wir lehnen Videoaufzeichnungen unseres Kindes ab

Ich/Wir stimmen **darüber hinaus** zu, dass die Aufnahmen zu Fortbildungszwecken verwendet werden dürfen. (Hinweis: auch hier gelten gesetzliche Vorgaben zur Schweigepflicht):

☐ Ja, ich/wir stimme/n der Verwendung zu Fortbildungszwecken zu

☐ Nein, wir lehnen die Verwendung zu Fortbildungszwecken ab

Es wurde mir/uns zugesichert, dass:

- geeignete Vorkehrungen getroffen werden, damit Unbefugte keinen Zugriff auf die Aufzeichnungen erhalten,
- die Aufzeichnungen ausschließlich Personen sehen, die ebenfalls der (erweiterten) Schweigepflicht unterliegen.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig.

_____
Ort Datum

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter des THINK am Klinikum Itzehoe und die unten genannte/n Einrichtung/en/Person/en gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube/n einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind bzw. mich/uns

Name/Vorname oder Einrichtung/Klinik: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

Funktion der Einrichtung/der Person: ***Arzt/Ärztin (Haus-/Fach-/Kinderarzt*ärztin, Klinik)***

Ich/wir wurden darüber informiert, dass ich/wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (E-Mail, Post, Fax) oder mündlich widerrufen kann/können.

_____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter des THINK am Klinikum Itzehoe und die unten genannte/n Einrichtung/en/Person/en gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube/n einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind bzw. mich/uns

Name/Vorname oder Einrichtung/Klinik: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

Funktion der Einrichtung/der Person: ***Mitarbeiter von Jugendamt, Jugendhilfe, Familienhilfe***

Ich/wir wurden darüber informiert, dass ich/wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (E-Mail, Post, Fax) oder mündlich widerrufen kann/können.

_____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter des THINK am Klinikum Itzehoe und die unten genannte/n Einrichtung/en/Person/en gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube/n einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind bzw. mich/uns

Name/Vorname oder Einrichtung/Klinik: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

Funktion der Einrichtung/der Person: ***Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ) am Klinikum Itzehoe***

Ich/wir wurden darüber informiert, dass ich/wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (E-Mail, Post, Fax) oder mündlich widerrufen kann/können.

_____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter des THINK am Klinikum Itzehoe und die unten genannte/n Einrichtung/en/Person/en gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube/n einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind bzw. mich/uns

Name/Vorname oder Einrichtung/Klinik: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

Funktion der Einrichtung/der Person: ***Schule, Lehrkraft, Erzieher*in, Hortleiter*in***

Ich/wir wurden darüber informiert, dass ich/wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (E-Mail, Post, Fax) oder mündlich widerrufen kann/können.

_____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter des THINK am Klinikum Itzehoe und die unten genannte/n Einrichtung/en/Person/en gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube/n einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind bzw. mich/uns

Name/Vorname oder Einrichtung/Klinik: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

Funktion der Einrichtung/der Person: ***Ergo-, Logo-, Physiotherapeut*in***

Ich/wir wurden darüber informiert, dass ich/wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (E-Mail, Post, Fax) oder mündlich widerrufen kann/können.

_____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ _____
Name 1. Sorgeberechtige*r Name 2. Sorgeberechtige*r

entbinde/n ich/wir die Mitarbeiter des THINK am Klinikum Itzehoe und die unten genannte/n Einrichtung/en/Person/en gegenseitig von der ärztlichen Schweigepflicht und erlaube/n einen gegenseitigen schriftlichen und mündlichen Austausch über mein/unser Kind bzw. mich/uns

Name/Vorname oder Einrichtung/Klinik: _____

Telefonnummer (falls vorhanden): _____

Funktion der Einrichtung/der Person: _____

Ich/wir wurden darüber informiert, dass ich/wir die Schweigepflichtsentbindung jederzeit schriftlich (E-Mail, Post, Fax) oder mündlich widerrufen kann/können.

_____
Ort Datum

_____ _____
Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r