

## 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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut  
[think@kh-itzehoe.de](mailto:think@kh-itzehoe.de) Tel.: 04821 772-2260

Angaben zum Kind:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-datum/-Ort: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich  männlich

Nationalität: \_\_\_\_\_ Dolmetscher: Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

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:			
Geb.Datum/-Ort:			
Anschrift:			
Telefon:			
E-Mail:			
Schulabschluss:			
Beruf:			

Sorgeberechtigte leben getrennt, das Kind lebt vornehmlich bei: \_\_\_\_\_

Kind wird maßgeblich von anderen Personen erzogen: \_\_\_\_\_

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut

[think@kh-itzehoe.de](mailto:think@kh-itzehoe.de) Tel.: 04821 772-2260

Status der Kostenübernahme für die therapeutische Intervention:

- eine Kostenübernahme liegt mir/uns vor und wird dem Anmeldebogen beigelegt
- 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.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten      | <input type="checkbox"/> Störung des Essverhaltens |
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe           | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen           |
| <input type="checkbox"/> starke Wut/Trotz            | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwächen   |
| <input type="checkbox"/> übermäßige Ängstlichkeit    | <input type="checkbox"/> Traurigkeit               |
| <input type="checkbox"/> soziale Schwierigkeiten     | <input type="checkbox"/> _____                     |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität               | <input type="checkbox"/> _____                     |
| <input type="checkbox"/> Verweigerung                | <input type="checkbox"/> _____                     |
| <input type="checkbox"/> Hohe Sensibilität für Reize | <input type="checkbox"/> _____                     |

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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-Nr., 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 \_\_\_\_\_

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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;

tagüber trocken: \_\_\_\_ Jahre; nachts trocken: \_\_\_\_ Jahre; An- u. Ausziehen: \_\_\_\_ Jahre;

Fahrrad fahren (ohne Stützräder): \_\_\_\_ Jahre

Namen, Anschriften und Telefonnummern der überwiegend behandelnden Ärzte:

Kinderarzt:

---

---

Hausarzt:

---

---

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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 (z.B. besonderes Engagement der Großeltern, Wohnsituation, Besuchsregelungen, (psychische) Belastungen in der Familie, Fremdunterbringung, Familienhilfen o.Ä.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

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 u. Unterschrift 1. Sorgeberechtigte\*r

---

Name u. Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



## 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 stimme 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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Name 2. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Unterschrift 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut  
[think@kh-itzehoe.de](mailto:think@kh-itzehoe.de) Tel.: 04821 772-2260

## Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Name 2. Sorgeberechtigte\*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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:





## Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Name 2. Sorgeberechtigte\*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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



## Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Name 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Name 2. Sorgeberechtigte\*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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc. – Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut  
[think@kh-itzehoe.de](mailto:think@kh-itzehoe.de) Tel.: 04821 772-2260

## Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Name 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Name 2. Sorgeberechtigte\*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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut  
[think@kh-itzehoe.de](mailto:think@kh-itzehoe.de) Tel.: 04821 772-2260

## Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_  
Name 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Name 2. Sorgeberechtigte\*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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



## Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

Als Sorgeberechtigte/r

\_\_\_\_\_

Name 1. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Name 2. Sorgeberechtigte\*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. Sorgeberechtigte\*r

\_\_\_\_\_

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte\*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut  
[think@kh-itzehoe.de](mailto:think@kh-itzehoe.de) Tel.: 04821 772-2260