

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 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 Tel.: 04821 772-2260

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.

- | | | | |
|---|--|-----|-------|
| <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"/> _____ | | | |

konkrete Situation oder des Anliegens an das THINK):

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft

M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und

Autismustherapeut think@kh-itzehoe.de Tel.: 04821 772-2260

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 _____

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft

M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und

Autismustherapeut think@kh-itzehoe.de Tel.: 04821 772-2260

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:

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft

M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und

Autismustherapeut think@kh-itzehoe.de Tel.: 04821 772-2260

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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft

Autismustherapeut think@kh-itzehoe.de Tel.: 04821 772-2260

M.Sc. – klinischer Neuropsychologe und
zehn.de Tel.: 04821 772 3360

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. Sorgeberechtige*

Name u. Unterschrift 2. Sorgeberechtige*

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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft

M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und

Autismustherapeut think@kh-itzehoe.de Tel.: 04821 772-2260

Name 1. Sorgeberechtige*

Name 2. Sorgeberechtige*

Unterschrift 1. Sorgeberechtige*

Unterschrift 2. Sorgeberechtige*

Schweigepflichtsentbindung

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

Name 1. Sorgeberechtige*

Name 2. Sorgeberechtige*

**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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft

M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und

Autismustherapeut think@kh-itzehoe.de Tel.: 04821 772-2260

Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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

Schweigepflichtsentbindung

Unterschrift 1. Sorgeberechtige*

Unterschrift 2. Sorgeberechtige*

für mein/unser Kind:

Name/Vorname: _____

geboren am: _____

Als Sorgeberechtigte/r

_____ Name 1. Sorgeberechtige*

_____ Name 2. Sorgeberechtige*

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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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

Schweigepflichtsentbindung

Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

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

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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

Schweigepflichtsentbindung

Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

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.

Das THINK ist eine Einrichtung der:



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

Schweigepflichtsentbindung

Ort Datum

Unterschrift 1. Sorgeberechtigte*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtigte*r

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.

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Gesundheit
aktiv

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

Schweigepflichtsentbindung

Ort Datum

Unterschrift 1. Sorgeberechtige*r

Unterschrift 2. Sorgeberechtige*r

Das THINK ist eine Einrichtung der:



Leitung des THINK: Björn Krefft M.Sc.– Klinischer Neuropsychologe und Autismustherapeut think@khitzehoe.de Tel.: 04821 772-2260