



## Anmeldebogen Elternfachberatung

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Herzlich willkommen –

mit diesem Bogen eröffnen Sie den ersten Schritt in eine gemeinsamen Elternfachberatung durch eine approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin.

Mein Ziel ist es, Ihr Kind, Sie und Ihre Familiensituation besser zu verstehen – nicht, Vermutungen zu bestätigen oder Schuld zu suchen.

Es ist vollkommen verständlich, wenn Sie sich gerade Sorgen machen oder unsicher sind. Sie sind keine Einzelfälle – psychische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter oder Belastungen im Familiensystem sind behandelbar, oft starten neue Perspektiven, wenn Eltern Unterstützung annehmen. Sie unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzregelungen.

Ihr Beitrag heute ist ein erster, wichtiger Schritt – für mehr Klarheit, Kooperation und nachhaltige Unterstützung.

Ich danke Ihnen für Ihr Vertrauen.

Senden Sie den ausgefüllten Bogen bitte an

[info@therapie-rosenkranz.de](mailto:info@therapie-rosenkranz.de)

\_\_\_\_\_  
Anmeldende Person

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kindes/ Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Anschrift

### Grund der Anmeldung

Bitte beschreiben Sie die aktuellen Probleme/ Schwierigkeiten möglichst ausführlich, um Sie von Beginn an bestmöglich Beraten zu können.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Mutter

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

leibliche Mutter

Adoptivmutter

Pflegemutter

\_\_\_\_\_  
Eigene Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Vater

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

leiblicher Vater

Adoptivvater

Pflegevater

\_\_\_\_\_  
Eigene Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

Eltern leben  zusammen  getrennt

Kind lebt bei  beiden Eltern  Mutter  Vater

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Gemeinsames Sorgerecht

Alleiniges Sorgerecht bei: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?  Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

## Kita/Schule/Ausbildung (zutreffendes ankreuzen)

Welche Einrichtung besucht das Kind/ der Jugendliche aktuell?

Kita  Vorschule -> Einschulung geplant für: \_\_\_\_\_

Grundschule  Förderschule  weiterführende Schule \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Klasse Schule: \_\_\_\_\_

aktueller Schulbesuch  regelmäßig  unregelmäßig  gar nicht - seit wann? \_\_\_\_\_

Ausbildung

Gab oder gibt es Probleme beim Besuch der aktuellen Einrichtung, und wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## Bisherige Hilfen und/ oder Unterstützungen

Hat Ihr Kind bisher therapeutische Unterstützung erhalten?

---

---

---

Gab es bisherige Hilfen durch das Jugendamt oder andere Institutionen (Beratungsstellen, Schule etc.)?

---

---

---

Was hat Ihnen und Ihrer Familie bisher gut geholfen?

---

---

---

Welche Möglichkeiten haben Sie bisher versucht um Ihre Situation zu verändern?

---

---

---

Mit welcher Fragestellung/ welchen Veränderungswunsch wenden Sie sich an mich?

---

---

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE ANGABEN**