

## Anmeldeformular ADHS-Elterngruppe

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular bis **31.05.2024** an:  
Psychotherapieambulanz für Kinder und Jugendliche, Am Wissenschaftspark 25+27, 54296 Trier  
oder per Mail an: **kiju-gruppe@uni-trier.de**

Bitte beachten Sie, dass eine Teilnahme nur für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen möglich ist. Aufgrund der begrenzten Anzahl an Plätzen empfehlen wir eine möglichst frühzeitige Anmeldung.

Nach Eingang des Anmeldeformulars werden wir Sie kontaktieren, um einen Termin für ein Erstgespräch zu vereinbaren. Während des Erstgesprächs nehmen wir uns Zeit, Ihre Fragen zum Training und zum Ablauf zu beantworten. Im Anschluss an das Erstgespräch können wir Ihnen eine verbindliche Zusage für eine Teilnahme am Elterntraining geben.

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Geschlecht des Kindes:  männlich  weiblich  divers

Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Kind ist versichert bei: \_\_\_\_\_ (Name der Krankenkasse)

Namen der Eltern / Sorgeberechtigten: Person 1: \_\_\_\_\_

Person 2: \_\_\_\_\_

Kind ist wohnhaft bei:  beiden Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei:  beiden Eltern  Mutter  Vater  \_\_\_\_\_

Beziehungsstatus der Eltern:  zusammenlebend  getrennt lebend

Kontakt über: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihrem Kind eine ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) diagnostiziert?

Am Wissenschaftspark 25-27  
54296 Trier

Telefon (0651) 201-3655 (Skr.)  
Telefax (0651) 201-4352

ja Durch wen? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_  
 nein Besteht der Verdacht auf ADHS? (Bitte beschreiben):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie oder Ihr Kind bereits eine der folgenden Möglichkeiten zur Behandlung von ADHS in Anspruch genommen? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Psychotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Ergotherapie von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 medikamentöse Behandlung der ADHS von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Präparat: \_\_\_\_\_  
 Elternberatung / Elterntraining von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Das Elterntraining findet an folgenden Tagen statt:

- (1) Mi, **05.06.2024** **08.30-10.10 Uhr**
- (2) Mi, **19.06.2024** **08.30-10.10 Uhr**
- (3) Mi, **26.06.2024** **08.30-10.10 Uhr**
- (4) Mi, **03.07.2024** **08.30-10.10 Uhr**
- (5) Mi, **10.07.2024** **08.30-10.10 Uhr**

Bitte beachten Sie folgende Hinweise:

- Pro Kind können max. zwei erwachsene Personen teilnehmen.
- Die Sitzungen finden ohne Kinder statt. Es wird keine Betreuung angeboten.
- Da die Sitzungen inhaltlich aufeinander aufbauen, ist eine regelmäßige Teilnahme wichtig. Bitte prüfen Sie vorab, ob Sie an allen fünf Terminen teilnehmen können.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Eltern / Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_