

Anmeldeformular ADHS-Elterngruppe

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular bis **31.03.2024** 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?

ja Durch wen? _____

Wann? _____

Am Wissenschaftspark 25-27
54296 Trier

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

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 / Elternttraining von _____ bis _____
- Sonstiges: _____ von _____ bis _____

Das Elternttraining findet an folgenden Tagen statt:

- (1) Mi, **10.04.2024** **16:15 -17:45 Uhr**
- (2) Mi, **17.04.2024** **16:15 -17:45 Uhr**
- (3) Mi, **24.04.2024** **16:15 -17:45 Uhr**
- (4) Mi, **08.05.2024** **16:15 -17:45 Uhr**
- (5) Mi, **15.05.2024** **16:15 -17:45 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: _____

Am Wissenschaftspark 25-27
54296 Trier

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

