



Anmeldeformular ADHS-Elterngruppe

Bitte senden Sie das ausgefüllte Anmeldeformular bis **30.08.2025** 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 an der Elterngruppe 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, unser Elterntaining und die begleitende Studie vorzustellen und Ihre Fragen dazu zu beantworten. Wenn Sie nach dem Erstgespräch weiterhin Interesse an einer Teilnahme haben, wird ein weiterer Termin vereinbart, in dem wir mit Ihnen die Symptome und Beschwerden Ihres Kindes durchgehen. Erst im Anschluss an diesen Termin können wir Ihnen eine verbindliche Zusage für eine Teilnahme am Elterntaining 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 Eltern: ☐ zusammenlebend ☐ getrennt lebend

Kontakt über: _____ Telefon: _____

Email: _____



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

☐ 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, 17.09.2025 | 16.00-17.40 Uhr |
| (2) Mi, 24.09.2025 | 16.00-17.40 Uhr |
| (3) Mi, 01.10.2025 | 16.00-17.40 Uhr |
| (4) Mi, 08.10.2025 | 16.00-17.40 Uhr |
| (5) Mi, 29.10.2025 | 16.00-17.40 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: _____