|  |  |
| --- | --- |
| Geltungsbereich: | BK Bayreuth, Sprachtherapie |
|  |  |

**„TELE-JUST: Telemedizin in der sprachtherapeutischen Versorgung von Jugendlichen“**

Ja, ich habe Interesse bei dem Projekt mitzumachen!

Kontaktdaten interessierte\*r Jugendliche\*r:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Adresse |  |
| Telefonnummer |  |
| Mailadresse |  |

Kontaktdaten Sorgeberechtigte\*r:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Telefonnummer |  |
| Mailadresse |  |

Kontaktdaten behandelnde\*r Ärztin\*Arztes oder Psychotherapeut\*in:

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Telefonnummer |  |
| Mailadresse |  |

Bekannte Unsicherheiten in der Kommunikation:

leises Sprechen

schnelles Sprechen

kaum/keine Mimik und Gestik

kurze Äußerungen

seltenes Beginnen von Gesprächen

sprachlicher Rückzug in Gruppensituationen

passives Zuhören

Vermeidung von Gesprächen

Unsicherheiten beim verbalen Schlussfolgern

Verstehen von Humor/ Mehrdeutigkeit

Kinder- und Jugendpsychiatrische Diagnose (soweit bekannt, auch bei „Verdacht auf“):

Depressive Störung

Angststörung

Anpassungsstörung

Zwangsstörung

Somatoforme Störung

|  |  |
| --- | --- |
| Wenn Du Deine Diagnose nicht genau kennst, beschreibe sie mit eigenen Worten: |  |
|  | |

Datenschutz:

Ich bin damit einverstanden, dass das TELE-JUST-Team meine Formulardaten speichert und Kontakt mit meiner Ärztin/ meines Arztes und/ oder Psychiotherapeutin/en aufnimmt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Datum, Unterschrift interessierte\*r Jugendliche/r |  | Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte\*r |