|  |  |
| --- | --- |
| 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 |