

## Fragebogen bei Erstkontakttermin

Name des Kindes/Jgdl.: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

ein Arztbrief an den Kinderarzt wird NICHT gewünscht

### **Elternfragebogen zur Lebensgeschichte des Kindes**

Dieser Fragebogen soll uns einen kleinen Überblick in die Entwicklung ihres Kindes und dessen Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Es erleichtert uns die Diagnostik, Beratung und Behandlung. Bringen Sie bitte, neben der Versicherungskarte des Kindes und dem gelben Untersuchungsheft sowie Zeugnissen und Vorbefunden diesen Fragebogen ausgefüllt mit. Ferner benötigen wir eine Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten. Selbstverständlich werden alle Angaben in derselben, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle anderen Mitteilung während der Beratung und Behandlung auch.

Wir danken Ihnen für Ihr Engagement und Mühe!

#### **Mutter:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift, wenn abweichend: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

#### **Vater:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift, wenn abweichend: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

#### **Vorstellung veranlasst durch:**

Eltern       Kinderarzt/Hausarzt       Schule/Lehrer       Jugendamt

Psychotherapeut       Sonstige: \_\_\_\_\_

#### **Sorgerecht:**

Eltern gemeinsam       Mutter       Vater       andere: \_\_\_\_\_

#### **Eltern:**

verheiratet, seit \_\_\_\_\_       getrennt lebend, seit \_\_\_\_\_

verstorben, wer? seit? \_\_\_\_\_

**Kind lebt in einem Haushalt mit:**

Mutter                       Vater                       Stiefmutter                       Stiefvater

andere: \_\_\_\_\_

Geschwister, Anzahl, Alter \_\_\_\_\_

**Stellung des Kindes in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie:**

Einzelkind /  ältestes Kind /  mittleres Kind /  jüngstes Kind /  lebt nicht in einer Familie  
 Zwillingsskind

**Schwangerschaft:**

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B.: hoher Blutdruck, vorzeitige Wehen, Blutungen, ...?)

nein                       ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Geburt:**

Laut gelbes Vorsorgeheft (siehe dort Seite 1/2) war der Geburtsverlauf:

normal/spontan                       Kaiserschnitt                       Saugglocke                       Zange

komplikationslos                       Komplikationen, und  
zwar: \_\_\_\_\_

Geburt in \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Wert: \_\_\_\_\_

**Entwicklung:**

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten; Frei Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten, Sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

In der Sprachentwicklung?                       nein -  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Beim Hören?(z.B.:Hörgerät?)                       nein -  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Beim Sehen? (z.B.: Brille?)                       nein -  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Bei er Sauberkeitserziehung?                       nein -  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Bei der motorischen Entwicklung?  nein -  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Schul- und Kindergartenbesuch:**

Aktuell besuchte Einrichtung: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenlehrkraft: \_\_\_\_\_

**Nachmittagsbetreuung (Hort/HA-Betreuung/Ganztagschule):**

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Evtl. wiederholte Klassen: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung, wenn ja, welche:

---

**Freizeit:**

**Mitgliedschaft in Vereinen:**

Name: \_\_\_\_\_

Wie oft: \_\_\_\_\_

**Andere Hobbys:** \_\_\_\_\_

**TV-Konsum:**

Eigener Fernseher im Kinderzimmer:  Ja  Nein

Dauer: \_\_\_\_\_ Std./Tag (Woche); \_\_\_\_\_ Std./Tag (Wochenende/Ferien)

Lieblingssendung: \_\_\_\_\_

**PC-Konsum**

Nutzung hauptsächlich für:

Spiele  Social Networking (z.B. SchülerVZ/Facebook)  Filme/Musik (YouTube)

Recherchen (Nachrichten etc.)  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen Ihres Kindes:**

**Schwere Erkrankungen/Krankenhausaufenthalte/Operationen:**

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_

Unfälle : \_\_\_\_\_ Wann \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte (wo/wann/warum?) \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten?  nein -  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?**

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Bislang erfolgte Behandlungen**

**(Ergotherapie/Psychotherapie/Lernförderung/Physiotherapie etc.):**

Was war/ist der Grund ? \_\_\_\_\_

Behandler/Datum: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Was war/ist der Grund ? \_\_\_\_\_

Behandler/Datum: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Ihre Erwartungen an uns:**

Wo sehen Sie die Probleme, wegen derer Sie Ihr Kind bei uns vorstellen:

---

---

---

---

---

---

---

Wird ihr Kind aktuell bereits an anderer Stelle in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – Psychotherapie oder einem sozialpsychiatrischen Zentrum behandelt?

o nein - o ja, und zwar \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Vorstellung meines Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Dr. med. Axel Fröhlich

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des anderen sorgeberechtigten Elternteils

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von: Mutter/Vater/\_\_\_\_\_

Wichtiger Hinweis:

**Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit.**