

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 Versichertenkarte 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:

o verheiratet, seit _____ o getrennt lebend, seit _____
o verstorben, wer? seit? _____

Kind lebt in einem Haushalt mit:

o Mutter o Vater o Stiefmutter o Stiefvater o andere: _____
o Geschwister, Anzahl, Alter _____

Stellung des Kindes in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie:

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

Schwangerschaft:

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft
(z.B.: hoher Blutdruck, vorzeitige Wehen, Blutungen, ...?)
o nein o ja, und zwar: _____

Geburt:

Laut gelbes Vorsorgeheft (siehe dort Seite 1/2) war der Geburtsverlauf:
o normal/spontan o Kaiserschnitt o Saugglocke o Zange
o komplikationslos o 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? o nein - o ja, und zwar _____
Beim Hören? (z.B.: Hörgerät?) o nein - o ja, und zwar _____
Beim Sehen? (z.B.: Brille?) o nein - o ja, und zwar _____
Bei er Sauberkeitserziehung? o nein - o ja, und zwar _____
Bei der motorischen Entwicklung? o nein - o ja, und zwar _____

Schul- und Kindergartenbesuch:

Aktuell besuchte Einrichtung: _____

Klasse: _____ Klassenlehrkraft: _____

Nachmittagsbetreuung (Hort/HA-Betreuung/Ganztagsschule):

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 zuzeit 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.