



Elternfragebogen

Bitte beantworten Sie alle Fragen so vollständig wie möglich.

Kind (Vor-/Nachname): _____ **Geburtsdatum:** _____

Ggf. Rufname (wie möchte Ihr Kind angesprochen werden?): _____

Geschlecht: männlich weiblich divers keine Angabe

E-Mail Patient:in (falls vorhanden): _____

Handynummer Patient:in (falls vorhanden): _____

Gesetzliche Krankenversicherung: _____

Private Krankenversicherung: _____

Stationäre Zusatzversicherung: _____

Wer füllt den Fragebogen aus?

Mutter Vater sonst.: _____

Ausgefüllt am: _____ (Datum)

Grund der Vorstellung (Bitte schildern Sie, warum Sie Ihr Kind bei uns vorstellen)?

Seit wann besteht der Vorstellungsgrund?

Was sind aus Ihrer Sicht die Ursachen?

Welche Fragestellungen und Erwartungen haben Sie an die Untersuchung/Behandlung?

-
-
-
-

Entwicklungsgeschichte

Gab es während der Schwangerschaft Probleme/Komplikationen?

nein ja, welche? _____

Gab es bei der Geburt Probleme/Komplikationen?

nein ja, welche? _____

Gab es Auffälligkeiten in den ersten 3 Lebensjahren (Laufen/Bewegen, Sprache, Sauberkeitsentwicklung, Spielverhalten, Kontakt zu anderen Kindern)?

nein ja, welche? _____

Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht?

nein ja, ab dem Alter von _____

Hatte Ihr Kind im Kindergarten

Trennungsprobleme

Auffälligkeiten im Verhalten; welche? _____

(z.B. auffälliges Spiel-/Sozialverhalten, körperliche Unruhe, hält sich nicht an Regeln, aggressives/impulsives Verhalten)

Mit welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? _____ Jahre

Welche Klasse und Schulform besucht Ihr Kind aktuell?

Gab oder gibt es schulische Probleme (Leistungen, soziale Integration, Klassenwiederholungen, häufige Fehlzeiten, fehlender Schulbesuch)?

Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit (Hobbies, Vereine, Freunde)?

Bei welchen Ärzten/Psychologen/Therapeuten war/ist Ihr Kind in ambulanter Behandlung?

Name: _____ aktuell früher
Name: _____ aktuell früher
Name: _____ aktuell früher

Welche Diagnosen wurden bisher gestellt? _____

War Ihr Kind bereits (teil-)stationär in eine kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychosomatischen Klinik?

Wo? _____ Wann? _____
Wo? _____ Wann? _____

Nahm/nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Medikament: _____ Dosis: _____ früher aktuell
Medikament: _____ Dosis: _____ früher aktuell
Medikament: _____ Dosis: _____ früher aktuell
Medikament: _____ Dosis: _____ früher aktuell

Hat Ihr Kind körperliche Erkrankungen?

Allergien nein ja, welche? _____
Chronische Erkrankungen nein ja, welche? _____
Operationen nein ja, welche? _____
Schwere Unfälle nein ja, welche? _____
Stationäre Krankenhausaufenthalte nein ja, welche? _____
Probleme mit dem Sehen/Hören nein ja, welche? _____
Sonstige nein ja, welche? _____

Familiensituation

Mutter (Vor-, Nachname):

Geburtsdatum:

Wohnhaft:

Telefon:

Mailadresse:

Schulabschluss:

Beruf:

Aktuell berufstätig: nein ja (Vollzeit) ja (Teilzeit)

Gesundheitliche Probleme:

Vater (Vor-, Nachname):
Wohnhaft (falls abweichend zur Mutter):

Geburtsdatum:

Telefon:

Mailadresse:

Schulabschluss:

Beruf:

Aktuell berufstätig: nein ja (Vollzeit) ja (Teilzeit)

Gesundheitliche Probleme:

Die Eltern sind zusammenlebend getrennt seit _____ geschieden seit _____

Sorgerecht liegt bei beiden Eltern Vater Mutter sonst: _____

Das Kind wohnt bei beiden Eltern Vater Mutter sonst: _____

Welche Sprache wird zuhause gesprochen bzw. Muttersprache des Kindes?

Geschwister:

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Gab/gibt es psychiatrische oder neurologische Erkrankungen in der (weiteren) Familie?

nein ja (welche, bei wem?) _____

Bestand/besteht Kontakt zum Jugendamt?

nein

ja, zuständiges Jugendamt und Name des Sachbearbeiters? _____

Wenn ja: welche Hilfen erhalten Sie vom Jugendamt?

Was schätzen Sie an Ihrem Kind? (Fähigkeiten, Eigenschaften)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!