



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)

Wir wünschen für unser Kind:

☐ eine ambulante Diagnostik ☐ Anbindung an die Sprechstunde für Geschlechtsdysphorie

☐ eine ambulante Behandlung ☐ eine stationäre Behandlung

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

Bitte fügen Sie die entsprechenden Berichte diesem Fragebogen hinzu!

Welche Diagnosen wurden bisher gestellt? _____

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

Wo? _____ Wann? _____

Wo? _____ Wann? _____

Bitte fügen Sie die entsprechenden Berichte diesem Fragebogen hinzu!

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:

private Mailadresse:

Schulabschluss:

Beruf:

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

Gesundheitliche Probleme:

Vater (Vor-, Nachname):

Geburtsdatum:

Wohnhaft (falls abweichend zur Mutter):

Telefon:

private 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)

Um eine möglichst zügige Bearbeitung Ihres Anliegens zu gewährleisten, senden Sie bitte diesen Fragebogen mit allen entsprechenden Befunden als PDF-Datei an: psychosomatik@ckhf.de

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!