



Sehr geehrte Damen und Herren,

damit wir mit Ihnen einen Termin zur Vorstellung Ihres Kindes vereinbaren können, bitten wir Sie, uns den folgenden Erstfragebogen vollständig ausgefüllt sowie von allen Sorgeberechtigten unterschrieben wieder zukommen zu lassen.

Nach Abgabe des Fragebogens in unserem Sekretariat können Sie sich zwei Tage später bei uns melden und einen Termin für ein Erstgespräch ausmachen.

In einem ersten Gespräch wird mit Ihnen und Ihrem Kind eine Anamnese erhoben und der Anlass der Vorstellung geklärt, um dann weiter zu planen. In der Regel folgen Diagnostiktermine. Diese finden vormittags statt, da die Kinder und Jugendlichen für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen. Sollte es zu Änderungen kommen, wird dies natürlich mit Ihnen abgesprochen.

In einem gemeinsamen Bilanzgespräch wird dann mit Ihnen und Ihrem Kind über die Ergebnisse der Diagnostik und unsere hieraus resultierenden Empfehlungen gesprochen.

Sollten Sie verhindert sein, einen Termin wahrzunehmen, ist es notwendig, dass Sie den Termin so früh wie möglich absagen.

Termine können Sie telefonisch während unserer telefonischen Sprechzeiten, auf dem Anrufbeantworter oder per Mail absagen.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Fragebogen zur Erstvorstellung

Maria Rebmann und Dr. Gundolf Berg

Praxisgemeinschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie / Psychotherapie



Zentrum für ambulante
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Heutiges Datum: _____

Termin: _____

Vorzustellendes Kind/Jugendlicher

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt: _____ Kinderarzt: _____

Sorgeberechtigte telefonisch erreichbar unter:

Privat: _____ Dienstl.: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

Anlass zur Vorstellung Ihres Kindes:

Seit wann besteht die Symptomatik/bestehen die Schwierigkeiten? _____

Wer hat den Besuch bei uns angeregt? _____

Wurde Ihr Kind aufgrund der beschriebenen Symptomatik/Schwierigkeiten bereits woanders vorgestellt?

ja nein

wenn ja, wo? _____

Sind Sie z.Z. mit Ihrem Kind in Behandlung in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis, KiNZ oder Institutsambulanz einer kinderpsychiatrischen Klinik?

ja nein geplant

Welche weiteren Maßnahmen, Untersuchungen oder Behandlungen fanden bereits statt? Bitte kreuzen Sie an.
Befunde oder Berichte bitte beifügen, wenn vorhanden.

| | <u>Name</u> | <u>Zeitraum</u> |
|--|-------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Hilfen durch das Jugendamt | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> stationäre Behandlung | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Frühförderung | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Augenarzt | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> HNO-Arzt | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen | _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige | _____ | _____ |

Betreuung in den ersten Lebensjahren hauptsächlich durch: _____

Kindergarten/Krippe:

Krabbelgruppe Tagesmutter Krippe Kindergarten Integrationskindergarten andere

Besuch im Alter von ___ bis ___ Jahren

Verhaltensauffälligkeiten? ja nein

wenn ja, welche? _____

Schule:

Welche Schulform besucht das Kind zurzeit? ___ . Klasse Schule: _____

Vorschule Grundschule Realschule + Gesamtschule Gymnasium Förderschule

Berufsschule Integrationsmaßnahme Internat Hort Ganztagsbetreuung

Sonstige _____

Schulbesuch

regelrecht Schulwechsel zurückgestellt Abbruch

___ x wiederholt suspendiert übersprungen

Eltern

Mutter: Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf - aktuell: _____ gelernt: _____

Vater: Name und Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Beruf - aktuell: _____ gelernt: _____

Geschwister:

| Vor-/Zuname | Alter | Schule/Klasse |
|-------------|-------|---------------|
|-------------|-------|---------------|

Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

verheiratet geschieden - seit ____ zusammenlebend verwitwet getrennt lebend – seit ____

Sorgerecht: Mutter Vater beide Vormund

Der Vater/die Mutter des Kindes ist über die Vorstellung in unserer Praxis informiert und erklärt sich hiermit einverstanden, auch bezüglich einer möglichen Weiterbehandlung. ja nein

Derzeitige Wohnsituation – Bei wem lebt das Kind?

Eltern Pflegeeltern Wohngruppe (Name/Anschrift der Wohngruppe, zuständiger Betreuer):

Mutter Adoptiveltern _____

Vater sonstige: _____

Entwicklung

Bitte beschreiben Sie kurz den Verlauf der genannten Entwicklungsbereiche, soweit Ihnen dies erinnerlich ist. Neben besonderen Auffälligkeiten interessieren uns auch Angaben über normale Entwicklungen (z.B. Laufen mit 12 Monaten, o.ä.). Auch besondere Belastungen, denen Sie oder Ihr Kind zu bestimmten Zeiten ausgesetzt waren, sind von Interesse. Selbstverständlich können Sie auch weitere Blätter benutzen, wenn der vorgegebene Platz nicht ausreicht.

Schwangerschaftsverlauf:

Geburt in der ____ Schwangerschaftswoche spontan Kaiserschnitt Sauglocke Zange

Geburtsgewicht _____ Geburtslänge _____ Kopfumfang _____ APGAR _____

Gab es darüber hinaus Geburtskomplikationen? Wenn ja, welche? (Beatmung, Krankenhausaufenthalt etc.)

Sprachentwicklung: unauffällig Mehrsprachigkeit Aussprachefehler
 geringer Wortschatz verzögert grammatikalische Auffälligkeit
 Sprachverständnisschwierigkeiten erste Worte mit _____

Motorik: unauffällig ungeschickt unsicher Krabbeln mit _____ Monaten
 verzögert überaktiv wenig aktiv Laufen mit _____ Monaten

Hand-Fingermotorik: ungeschickt verkrampft wenig/kein gestaltendes Malen/Basteln

Sauberkeit: trocken am Tag seit _____ in der Nacht seit _____

nach dem 3. Lebensjahr: Einnässen am Tag, wann _____ in der Nacht, wann _____
 Einkoten am Tag,, wann _____ in der Nacht, wann _____

Sozialisation: gut integriert unter Gleichaltrigen wenig Freunde im Kindergarten/in der Schule isoliert
spielt eher mit: Gleichaltrigen Jüngeren Älteren Erwachsenen

Bindungsverhalten: Trennungsprobleme von Bezugspersonen Schlafen im Bett der Eltern
 anderes: _____ Schlafen im eigenen Bett

Relevante Vorerkrankungen des Kindes: _____

Relevante Vorerkrankungen in der Familie: _____

Allergien: _____ **Unverträglichkeiten:** _____

Medikation: aktuell: _____ früher: _____

Sonstige wichtige Informationen: _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____

Bitte denken Sie an die Gesundheitskarte des Kindes.

Ort, Datum

Unterschrift **aller** Sorgeberechtigter