BEHANDLUNGSVERTRAG WICHTIGE PRAXISINFORMATION

über die gesamte Diagnostik- und Behandlungszeit in meiner sozialpsychiatrischen Praxis

Sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie stellen Ihre Tochter / Ihren Sohn _____

geb. _____

erstmals in meiner fachärztlichen Praxis vor.

Um Ihrem Wunsch zu entsprechen, benötigen wir die schriftliche Einwilligung aller Sorgeberechtigten, das heißt in der Regel beider Eltern (dies ist auch dann nötig, wenn beide Elternteile nicht mehr zusammenleben, jedoch das Sorgerecht gemeinsam ausüben) .

Ich wurde darüber informiert, dass die Behandlung in der KJP Praxis Trier die Einwilligung aller Sorgeberechtigten erfordert. Sofern noch nicht geschehen, werde ich mich mit anderen Sorgeberechtigten in Verbindung setzen, sie über die Vorstellung informieren und die nötige Einwilligung einholen. Sollte dies nicht möglich sein, werde ich die Praxis darüber informieren und das weitere Vorgehen vereinbaren.

Ablauf:

In der Regel werden **nach dem diagnostischen Ersttermin noch weitere diagnostisch-therapeutische Termine notwendig** werden. Diese dienen zunächst dem Kennenlernen und der Untersuchung Ihres Kindes oder Jugendlichen, ggf. auch Ihrer Familie.

Da wir eine sozialpsychiatrische Praxis sind, werden therapeutische Mitarbeiter unter fachärztlicher Aufsicht mit Ihnen und Ihrem Kind in Kontakt treten.

Die nach dem Erstgespräch weiter vereinbarten Termine gelten sowohl seitens der Praxis wie auch seitens der Patientenfamilien als verbindlich.

Die Praxis arbeitet nach einem Bestellsystem, d. h. die Praxis reserviert im Behandlungszeitraum Diagnostik-, Besprechungs- und Behandlungsstunden.

Diese finden zu fest vereinbarten Zeiten statt. Aufgrund der großen Nachfrage sind die Termine oft mit langen Wartezeiten verbunden.

Sollte der/die Patient/in an einem Termin verhindert sein, sind Sie verpflichtet, mindestens 48 Stunden vor dem Termin persönlich, telefonisch, per Email oder FAX abzusagen.

Für vereinbarte Termine an einem Montag ist bis spätestens am vorherigen Donnerstag abzusagen.

Bei Absagen später als 48 Stunden vor dem Termin erheben wir eine Ausfallgebühr in Höhe **von 50 Euro**.

Sollte der Termin aus akuten Krankheitsgründen, nicht wahrgenommen werden können, bitten wir um eine Terminabsage per Telefon oder Email.

In diesen Fällen genügt dann die Vorlage eines ärztlichen Attestes. Eine Ausfallgebühr entfällt in diesem Fall. Wir behalten uns vor, bei mehrfach nicht rechtzeitig abgesagten Terminen die Behandlung auf Grund fehlender Behandlungsgrundlage zu beenden.

Auch weisen wir jetzt bereits darauf hin, dass die **weiteren Diagnostiktermine in der Regel vormittags** vereinbart werden, da die Nachmittagstermine in unserer Praxis für laufende Therapien und Behandlungen reserviert sind, damit die betreffenden Kinder oder Jugendlichen nicht zu häufig in der Schule fehlen müssen. Zudem sind gewisse Entwicklungsuntersuchungen auch nur vormittags fachlich aussagekräftig durchzuführen.

Außerdem möchten wir betonen, dass wir Ihr Kind nur dann zur Diagnostik oder Therapie in Empfang nehmen können, wenn uns eine für das **jeweilige Quartal gültige Überweisung oder die Versichertenkarte** Ihres Kindes vorliegt.

Sollte uns diese „Eintrittskarte“ nicht bis spätestens zum zweiten vereinbarten Termin eines Quartals vorgelegt werden, so haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir Ihr Kind an diesem Termin nicht untersuchen oder behandeln können.

Sollte uns die Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal nicht vorgelegt worden sein, so werden wir Ihnen die entsprechenden Kosten gemäß der Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung RLP privat in Rechnung stellen müssen; die Rechnungsstellung erfolgt dann als Privatrechnung gemäß der aktuellen ärztlichen Gebührenordnung GOÄ.

Wir möchten Sie zudem darüber informieren, dass unter bestimmten Umständen auch in einem neuen Quartal **in Absprache mit Ihnen** von uns noch Leistungen für Ihr Kind, ihre/n Jugendliche/n oder Mündel erbracht werden, ohne dass es möglicherweise zu einem persönlichen Kontakt innerhalb unserer Praxis gekommen ist. Diese Leistungen beziehen sich erfahrungsgemäß häufig auf weitere Absprachen oder einen Austausch mit anderen Institutionen, Schulen, Kindergärten, etc..

Wir weisen Sie freundlich darauf hin, dass wir auch für diese indirekten Leistungen für die Patientin/den Patienten zwingend die **Versicherungskarte** benötigen, welche wir bei Erbringung oben genannter Leistungen von Ihnen ggfs. nochmals anfordern müssen.

Bitte beantworten Sie uns noch folgende Frage:

Befindet sich Ihr Kind derzeit in einer anderen **sozial-psychiatrischen Praxis, in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz oder in einem sozial-pädiatrischen Zentrum (SPZ)** zur Diagnostik oder Therapie?

ja nein

Falls ja, wo:

Die oben gestellte Frage ist von besonderem Interesse, da die gesetzlichen Krankenkassen bestimmte Behandlungen der Sozialpsychiatrie nicht überlappend bezahlen.

Einverständniserklärung:

Ich bin / Wir sind darüber informiert worden und damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder-und Jugendpsychiatrie Kathrin Deckers bei nicht erfolgter Absage reservierter Behandlungstermine für meine Tochter / meinen Sohn mir/uns eine Ausfallpauschale von 50,00 € in Rechnung stellen. Ich bin weiterhin darüber informiert, dass diese Pauschale von meiner gesetzlichen/privaten Krankenversicherung nicht erstattet werden kann.

Zudem wurde(n) ich/wir schriftlich in Kenntnis gesetzt, dass bei Nicht-Vorlage der gesetzlichen Versichertenkarte oder Überweisung für das betreffende Quartal die Abrechnung über die Erstellung einer Privatrechnung nach GOÄ erfolgt.

Weiterhin wurden wurde ich/wir darüber aufgeklärt, dass bei der Erbringung auch von indirekten Leistungen in einem neuen Quartal für die Patientin/den Patienten die Versichertenkarte vorgelegt werden muss.

Zudem willige ich ein, dass Terminzettel/ Terminmitteilungen per Mail versandt werden dürfen.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber der Ärztin nur mit Wirkung auf die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann; bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben/Vorgänge/Abmachungen bleiben dadurch rechtmäßig.

Falls Sie noch Fragen haben, so nehmen Sie gerne Kontakt zu uns auf.

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Kind!

Kathrin Deckers & Team

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Zur Kenntnisnahme

Liebe Eltern, Pflegeeltern und Betreuer,

nachfolgend wichtige Informationen zum Sorgerecht und der Gesundheitsfürsorge.

Sorgerecht

Bei einem gemeinsamen Sorgerecht ist zu beachten, dass bei getrennt lebenden und geschiedenen Eltern von dem Elternteil, bei dem das Kind nicht lebt, eine Vollmacht + Kopie Ausweis vorzulegen ist. Dieser Nachweis muss vor Terminvergabe vorliegen.

Ein Elternteil, welches das alleinige Sorgerecht hat, hat dies auch vor Terminvergabe durch eine sogenannte Negativbescheinigung aus dem Sorgeregister nachzuweisen, welche durch das Jugendamt ausgestellt wird. Bei geschiedenen Eltern wird das Sorgerecht durch ein Gerichtsurteil nachgewiesen. Gibt es kein Gerichtsurteil, sind automatisch beide Elternteile sorgeberechtigt.

Bei Pflege- oder Heimkindern ist ein entsprechender Nachweis des Gerichtes oder des Jugendamtes vorzulegen, vor Terminvergabe.

Gesundheitsfürsorge

Die Gesundheitsfürsorge ist ein Teil des Sorgerechts und dieses Recht liegt normalerweise bei den leiblichen Eltern des Kindes.

Die Gesundheitsfürsorge kann den leiblichen Eltern entzogen werden und auf andere Personen übertragen werden. Dieser Entzug des Elternrechts erfolgt in Deutschland immer durch ein Familiengericht. Das Gerichtsurteil wird immer schriftlich niedergelegt. Wenn es kein solches Urteil gibt, sind die leiblichen Eltern weiterhin gesundheitsorgeberechtigt.

Die Eltern, die die Gesundheitsfürsorge inne haben, können auf freiwilliger Basis eine andere Person per Vollmacht beauftragen, gewisse Entscheidungen über die Gesundheit ihres Kindes zu treffen. Das ist sehr häufig bei Pflege- oder Heimkindern der Fall. In diesem Fall bleiben die leiblichen Eltern Inhaber der Gesundheitsfürsorge und erteilen eine Vollmacht. Meistens wird eine solche Bevollmächtigung auf folgende Bereiche beschränkt:

- regelmäßigen Untersuchungen
- Behandlung bei akuten Erkrankungen
- Routinebehandlungen wie z.B. Zahnarztbesuche und Impfungen

Diese Vollmacht deckt in der Regel eine Vorstellung in der Praxis nicht ab, daher muss der Inhaber der Gesundheitsfürsorge jemanden schriftlich bevollmächtigen, das Kind in der Praxis vorzustellen, damit die Diagnostik / Behandlung in der Praxis erfolgen kann. Der Nachweis muss vor Terminvergabe vorliegen.

SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG

für _____
Nachname des Kindes Vorname Geburtsdatum

Ich/ Wir entbinde (n) die unten eingetragenen Personen und Institute der KJP Praxis Trier gegenüber von ihrer Schweigepflicht. Die Schweigepflichtentbindung gilt wechselseitig. Sie kann jederzeit von mir/ uns widerrufen werden.

(Sie entbinden uns mit Ihrer Unterschrift nicht automatisch allen Ärzten etc. gegenüber von der Schweigepflicht, sondern nur denen, die Sie namentlich eintragen. Sie entscheiden, wen Sie eintragen möchten.)

Ich/ Wir willige(n) ein, dass die Übermittlung auch per Post/ Fax erfolgen kann.

	Name	Adresse	Fax/ Mail/ Telefon
Hausarzt/ Kinderarzt			
Krankenhaus			
Psychotherapeut			
Jugendamt			
Integrationshelfer			
Sonstige wie z.B Schule			

Ort, Datum

Mutter

Vater

sonstige sorgeberechtigte Person/
Patient(in) ab 14J.

AUFSICHTSPFLICHT

Für Ihr Kind sind testpsychologische Untersuchungen geplant/Ihr Kind nimmt sozialpsychiatrische Termine bei uns wahr:

Sie/Die Bezugsperson können gerne während der Untersuchung/Behandlung im Wartebereich auf Ihr Kind warten.

Planen Sie während des Termins die Praxis zu verlassen, teilen Sie dies bitte der Untersuchungsleiterin/dem Untersuchungsleiter vor Beginn des Termins mit.

Bitte seien Sie mindestens 15 Minuten vor Terminablauf wieder vor Ort und hinterlassen Sie unbedingt eine Handynummer unter der Sie während des Termins notfalls für uns erreichbar sind.

Dies gilt auch für die Untersuchung/Behandlung von Jugendlichen (jünger als 18 J.).

Bitte beachten Sie, dass eine Beaufsichtigung Ihres Kindes außerhalb der Untersuchung/Behandlungssituation unsererseits nicht erfolgen kann.

Zur Kenntnis genommen:

Name des Patienten: _____

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind (jünger als 14 J.) ohne Bezugsperson zum Termin in die Praxis kommen darf.

Datum: _____

Unterschrift Sorgeberechtigte(r)

ELTERNFRAGEBOGEN

Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

Name		Adresse	
Vorname		Schule	
Geburtsdatum	Religion	Klasse	
Krankenversicherung		Klassenlehrer-/in	

Mutter

Vater

Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum	Religion	Geburtsdatum	Religion
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefon / Handy		Telefon / Handy	
Email		Email	
Schulabschluss / Beruf		Schulabschluss / Beruf	
Leibliches Kind ☐		Leibliches Kind ☐	
Adoptivkind ☐		Adoptivkind ☐	
Pflegekind ☐		Pflegekind ☐	

Überweisender Arzt

Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt

Name	Name
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefon	Telefon

Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet?

Sachbearbeiter

Bezeichnung	Name
Adresse	Telefon

Tagesgruppe / Heimadresse	Bezugsperson Heim / Tagesgruppe
Name	Name
Adresse	Telefon

Geschwister (und Halbgeschwister) des Patienten / der Patientin:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

Grund der Anmeldung

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter sind Anlass für Sie, sich an uns zu wenden:

Behandlungsziel:

Welche weiteren Probleme und Auffälligkeiten bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter machen Ihnen Sorgen

☐ Niedergeschlagenheit	☐ Tics	☐ Einnässen
☐ Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit	☐ Gleichgültigkeit	☐ Einkoten
☐ Kontaktprobleme	☐ Ängstlichkeit	☐ Selbstverletzung
☐ Geht nicht unter Leute	☐ Schlafstörungen	☐ Selbstmordversuch
☐ Essprobleme	☐ Lern- und Arbeitsstörung	☐ Zerstören von Gegenständen
☐ Häufige Schmerzzustände	☐ Konzentrationsstörung	☐ Aufbrausen, Wutanfälle
☐ Sprachstörungen	☐ Stehlen	☐ Konflikte mit dem Gesetz
☐ Hörstörungen	☐ Weglaufen, Streunen	☐ Sexuelle Auffälligkeiten
☐ Bewegungsstörungen	☐ Lügen	☐ Unruhe, Ungeduld
☐ Häufige sonstige körperliche Beschwerden	☐ Missbrauch von Alkohol, Tabletten, Drogen	☐ Aggressives Verhalten gegenüber anderen

Bisher aufgesuchte Ärzte, Beratungsdienste und bisherige Untersuchungen / Behandlungen

Vorbehandlungen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten, ein Sozialpädiatrisches Zentrum oder einer Ambulanz

Ja Nein Wenn ja, wann, wo und wie lange:

Ergotherapeutische, logopädische, krankengymnastische oder andere therapeutische Behandlung

Ja Nein Wenn ja, wann, wo und weshalb:

Medikamente in Vorgeschichte wegen der oben genannten Schwierigkeiten:

Medikamente	Dosierung	Eingenommen von.... bis....

Medikamente, die zur Zeit eingenommen werden:

Medikamentenname	Dosierung

Schwangerschaft

Besonderheiten bitte ankreuzen und Schwangerschaftsmonat angeben (Hinweis : Informationen im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Beschwerde	Monat
☐ Blutung	
☐ Fruchtwasseruntersuchung	
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)	
☐ Vorzeitige Wehen	
☐ Infektionskrankheiten	
☐ Schwangerschaftserbrechen	
☐ Ödeme (Wassereinlagerungen)	
☐ Medikamenteneinnahme	
☐ Alkohol	
☐ Rauchen	
☐ Erhöhter Blutdruck	
☐ Seelische Belastung	
☐ Sonstiges	

Geburt und Säuglingsalter

Wievielte Schwangerschaft?	Frühere Fehlgeburten?.....
Geburt nach wievielter Schwangerschaftswoche? (Normal: 40 SSW):	
Name der Entbindungsklinik:	
War einer der folgenden Eingriffe notwendig?	
☐ Saugglocke	☐ Geburtszange
☐ Kaiserschnitt	
Gab es Komplikationen? z.B.	
☐ Nabelschnurumschlingung	☐ grünes Fruchtwasser
Sonstiges:	
Gewicht	Größe
Kopfumfang	APGAR-Werte
Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei ihrem Sohn / Ihrer Tochter? ☐ Ja ☐ Nein	
Wenn ja, welche?	

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?	☐ Ja	☐ Nein
Wenn ja, warum? In welche Klinik?		
Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?		
☐ Blutgruppenunverträglichkeit	☐ Fieber	
☐ Gelbsucht	☐ Sonstiges	
Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter gestillt?		
☐ Ja	☐ Nein	
Wenn ja, wie lange?		

Schwierigkeiten im Säuglingsalter?	
☐ Schlafprobleme	☐ Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“)
☐ Körperkontakt abweisend	☐ Schwierig zu beruhigen
Andere Probleme	

Entwicklung im Kleinkindalter

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?	
☐ Ja	☐ Nein

	Alter des Kindes		Alter des Kindes
Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	
Trocken tags		Fahrrad fahren	
Trocken nachts			

Motorischer Gesamteindruck	
☐ Eher geschickt	☐ Eher ungeschickt
Händigkeit	
☐ Rechtshänder	☐ Linkshänder
	☐ Beidhändig
Sprachentwicklung	
Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Verzögerter Spracherwerb, Wortschatz, Aussprache, Stottern etc?)	

Medizinische Vorgeschichte

Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter eine der folgenden Erkrankungen?	
	Jahr / Monat
☐ Schädelverletzung	
☐ Gelbsucht	
☐ Hirnhautentzündung	
Gab es Komplikationen bei Kinderkrankheiten oder gab es anderer schwere Erkrankungen in der Kindheit?	

Schulzeit

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter von der Schule zurückgestellt? Ja Nein
Wenn ja, aus welchem Grund

Welche Schulen besuchte Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher?

Schule	von	bis

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Klasse wiederholt? Ja, die Klasse Nein

Welche Stärken hat Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Schule?

Welche Schwierigkeiten oder Schwächen zeigten sich in der Schule?

Mussten Sie sich um die schulischen Angelegenheiten Ihres Sohnes / Ihrer Tochter kümmern (z.B. Hausaufgabenkontrolle)

Häufig Selten Nie

Haben Sie Kontakt mit der Schule

Häufig Selten Nie

Welche schulischen Schwierigkeiten wurden von den Lehrern berichtet?

Macht Ihr Sohn / Ihre Tochter die Hausaufgaben regelmäßig?

Ja widerwillig Nein

Wie arbeitet Ihr Sohn / Ihre Tochter bei den Hausaufgaben?

Zerstreut Mit häufigen Pausen Gibt leicht auf
 Verspielt Ausdauernd Lustlos
 Braucht Hilfe unordentlich Muss sich häufig bewegen
 Verträumt Abgelenkt Selbstständig
 Konzentriert Gewissenhaft Langsam
 Oberflächlich Braucht Druck von außen unregelmäßige Hausaufgaben

Wie verhält sich Ihr Sohn / Ihre Tochter vor Klassenarbeiten?

☐ zuversichtlich	☐ Hat keinen Appetit	☐ Ist sehr aufgeregt
☐ Ruhig, gelassen	☐ Erbrechen, Übelkeit	☐ Verschweigt Klassenarbeiten
☐ Hat Angst	☐ Schlafstörungen	☐ Geht nicht in die Schule

Wenn Ihre Tochter / Ihr Sohn sich in einer beruflichen Ausbildung befindet:

Welche Berufsausbildung(en) hat Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher begonnen oder abgeschlossen?

Wie kam Ihr Sohn / Ihre Tochter an der Arbeitsstelle zurecht?

Interessen und Fertigkeiten

Was finden Sie an Ihrem Sohn / Ihrer Tochter besonders gut? Womit sind Sie besonders zufrieden?

Was macht Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Freizeit (Hobby, sportliche Aktivitäten etc.)

Medienkonsum pro Tag (TV, Konsole)

Besondere Abneigungen? (Spiele, Tätigkeiten)

Kann Ihr Sohn / Ihre Tochter die Freizeit sinnvoll gestalten

☐ Ja	☐ Nein

Er / Sie verbringt die Freizeit

☐ Lieber alleine	☐ Lieber mit Gleichaltrigen
☐ Lieber mit Erwachsenen	☐ Lieber mit Jüngeren

Er / Sie hat

☐ Viele Freunde / Freundinnen	☐ Wenige Freunde / Freundinnen
☐ Keine Freunde / Freundinnen	☐ Wenige aber sehr enge Freundschaften

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Welche?

Gibt es noch weitere wichtige Dinge, die wir über Ihren Sohn / Ihre Tochter wissen sollten?

Ausgefüllt von

Datum

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens!

Ihr Praxisteam

FRAGEBOGEN FÜR LEHRER

Name des Kindes	Datum	Ausgefüllt von	
Wie lange kennen Sie diese/n SchülerIn schon?	Seit:		
Wie gut kennen Sie diese/n SchülerIn?	☐ Nicht gut	☐ ziemlich gut	☐ sehr gut
Wie viele Unterrichtsstunden hat diese/r SchülerIn bei Ihnen in der Woche?	_____ Stunden		

Bitte alle Antworten ankreuzen

0 = nicht zutreffend	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
----------------------	------------------------------------	----------------------------------

1. ARBEITSVERHALTEN

altersgerechtes Lerntempo	0	1	2
befolgt Arbeitsanweisungen	0	1	2
Kritikfähigkeit	0	1	2
hält Regeln ein	0	1	2
tagträumt	0	1	2
ablenkbar	0	1	2
Lernschwierigkeiten: Welche Fächer?:	0	1	2

gute Aufmerksamkeitsspanne	0	1	2
wirkt unkonzentriert	0	1	2
abwesend	0	1	2
stört andere	0	1	2
unvollendete Aufgaben	0	1	2
körperliche Schwierigkeiten:	0	1	2
Beschreibung (z. B. Bauchweh, Kopfweh:)			

2. SOZIALVERHALTEN

Gegenüber Lehrern

kooperativ	0	1	2
freundlich	0	1	2
lenkbar	0	1	2
hilfsbereit	0	1	2
respektlos	0	1	2
frech/unverschämt	0	1	2
Sonstiges:			

Gegenüber Mitschülern

kooperativ	0	1	2
beliebt	0	1	2
hilfsbereit	0	1	2
streitet fair	0	1	2
Wird nicht akzeptiert	0	1	2
Wird gemobbt	0	1	2
Sonstiges:			

3. EMOTIONALES VERHALTEN

gezeigte Emotionen

fröhlich /ausgeglichen	0	1	2
ängstlich	0	1	2
schüchtern	0	1	2
traurig	0	1	2
wütend	0	1	2
aggressiv	0	1	2
überfordert	0	1	2

Sonstiges:

4. Worüber machen Sie sich bei diesem/r SchülerIn die größten Sorgen?

5. Was benötigt der /die SchülerIn Ihrer Meinung nach am dringendsten? :

(z. B. – Nachhilfe in welchen Fächern – lerntherapeutische Maßnahmen – therapeutische Begleitung – soziales Kompetenztraining)

6. Gegenwärtige Schulleistungen. Bitte schätzen Sie den aktuellen Leistungsstand des / der Schülers / Schülerin in den einzelnen Schulfächern ein.

Schulfächer	Stark unter-durchschnittlich	etwas unter-durchschnittlich	durchschnittlich	etwas über-durchschnittlich	Stark über-durchschnittlich
☐ hier die Schulfächer eintragen ☐					
1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	☐	☐	☐	☐	☐

7. Im Vergleich zu anderen SchülerInnen des gleichen Alters

	Sehr viel weniger	deutlich weniger	etwas weniger	etwa gleich viel	etwas mehr	deutlich mehr	sehr viel mehr
1. Wie viel arbeitet er / sie?	☐						
2. Wie angemessen verhält er / sie sich?	☐						
3. Wie viel lernt er / sie?	☐						
4. Wie glücklich oder zufrieden ist er / sie?	☐						

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!