

Elternfragebogen

Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

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

Überweisender Arzt

Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt

Name		Name	
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	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

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	<input type="checkbox"/>	Leibliches Kind	<input type="checkbox"/>
Adoptivkind	<input type="checkbox"/>	Adoptivkind	<input type="checkbox"/>
Pflegekind	<input type="checkbox"/>	Pflegekind	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Einnässen
<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/> Einkoten
<input type="checkbox"/> Kontaktprobleme	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Selbstverletzung
<input type="checkbox"/> Geht nicht unter Leute	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Selbstmordversuch
<input type="checkbox"/> Essprobleme	<input type="checkbox"/> Lern- und Arbeitsstörung	<input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen
<input type="checkbox"/> Häufige Schmerzzustände	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Aufbrausen, Wutanfälle
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Stehlen	<input type="checkbox"/> Konflikte mit dem Gesetz
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Weglaufen, Streunen	<input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Lügen	<input type="checkbox"/> Unruhe, Ungeduld
<input type="checkbox"/> Häufige sonstige körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/> Missbrauch von Alkohol, Tabletten, Drogen	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Blutung	
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung	
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	
<input type="checkbox"/> Ödeme (Wassereinlagerungen)	
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	
<input type="checkbox"/> Alkohol	
<input type="checkbox"/> Rauchen	
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	
<input type="checkbox"/> Seelische Belastung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Geburt und Säuglingsalter

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

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

Schwierigkeiten im Säuglingsalter?	
<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“)
<input type="checkbox"/> Körperkontakt abweisend	<input type="checkbox"/> Schwierig zu beruhigen
Andere Probleme	

Entwicklung im Kleinkindalter

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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

Motorischer Gesamteindruck <input type="checkbox"/> Eher geschickt <input type="checkbox"/> Eher ungeschickt	
Händigkeit <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> Beidhändig	
Sprachentwicklung Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Verzögerter Spracherwerb, Wortschatz, Aussprache, Stottern etc?)	

Medizinische Vorgeschichte

Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter eine der folgenden Erkrankungen? <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Jahr / Monat</div> <input type="checkbox"/> Schädelverletzung <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> 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?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zerstreut | <input type="checkbox"/> Mit häufigen Pausen | <input type="checkbox"/> Gibt leicht auf |
| <input type="checkbox"/> Verspielt | <input type="checkbox"/> Ausdauernd | <input type="checkbox"/> Lustlos |
| <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> unordentlich | <input type="checkbox"/> Muss sich häufig bewegen |
| <input type="checkbox"/> Verträumt | <input type="checkbox"/> Abgelenkt | <input type="checkbox"/> Selbstständig |
| <input type="checkbox"/> Konzentriert | <input type="checkbox"/> Gewissenhaft | <input type="checkbox"/> Langsam |
| <input type="checkbox"/> Oberflächlich | <input type="checkbox"/> Braucht Druck von außen | <input type="checkbox"/> unregelmäßige Hausaufgaben |

Wie verhält sich Ihr Sohn / Ihre Tochter vor Klassenarbeiten?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> zuversichtlich | <input type="checkbox"/> Hat keinen Appetit | <input type="checkbox"/> Ist sehr aufgeregt |
| <input type="checkbox"/> Ruhig, gelassen | <input type="checkbox"/> Erbrechen, Übelkeit | <input type="checkbox"/> Verschweigt Klassenarbeiten |
| <input type="checkbox"/> Hat Angst | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> 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

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Er / Sie verbringt die Freizeit

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lieber alleine | <input type="checkbox"/> Lieber mit Gleichaltrigen |
| <input type="checkbox"/> Lieber mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> Lieber mit Jüngeren |

Er / Sie hat

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Viele Freunde / Freundinnen | <input type="checkbox"/> Wenige Freunde / Freundinnen |
| <input type="checkbox"/> Keine Freunde / Freundinnen | <input type="checkbox"/> 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