praxiswelker

Fragebogen
zur Erstanmeldung

1 Angaben zum Kind

Name | **Vorname** | **Geboren am** (__.__.____) | ♂ **m** ♀ **w** ⚥ **d**

Anschrift ggf. Einrichtung

Sorgeberechtigt: ☐ Beide Eltern ☐ Nur Mutter ☐ Nur Vater ☐ Andere / Name und Vorname

Krankenkasse

Kinderarzt bzw. Hausarzt / Name und Anschrift

2 Vorstellungsgrund

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis angeregt?

Verhaltensweisen, die zur Vorstellung führen…

Was sind die drei deutlichsten Auffälligkeiten in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit?

1.

2.

3.

Wann traten erste Auffälligkeiten auf?

War zu diesem Zeitpunkt in der Umgebung des Kindes etwas anders geworden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was?

Facharztpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie · Beueler Bahnhofsplatz 16 · 53225 Bonn-Beuel
Empfang 0228 53 66 41 00 · **Sprachbox** 0228 53 66 41 11 · **Fax** 0228 53 66 41 23 · **E-Mail** post@praxiswelker.de

praxiswelker

3 Angaben zur Familie

Mutter Name und Vorname

Geboren am

Anschrift falls abweichend von der des Kindes)

Telefon

Handy

E-Mail

Beruf *optional*

Jetzige Tätigkeit *optional*

Vater Name und Vorname

Geboren am

Anschrift falls abweichend von der des Kindes

Telefon

Handy

E-Mail

Beruf *optional*

Jetzige Tätigkeit *optional*

Familienstand der Eltern

Lebensgemeinschaft seit…

getrennt seit…

verheiratet seit…

geschieden, seit…

verwitwet seit…

Sonstige Bezugspersonen in der Familie (z.B. Stiefmutter/-vater, Pflegeeltern etc.)

Name und Vorname

Geboren am

Name und Vorname

Geboren am

Geschwister und Halbgeschwister

Name und Vorname	Geboren am	KiTa / Schule / Klasse / Besonderheiten
Name und Vorname	Geboren am	KiTa / Schule / Klasse / Besonderheiten
Name und Vorname	Geboren am	KiTa / Schule / Klasse / Besonderheiten
Name und Vorname	Geboren am	KiTa / Schule / Klasse / Besonderheiten

Erkrankungen in der Familie und Verwandschaft (Wer war / ist betroffen?)

Körperlich

Seelisch (z. B. Depression, Psychose, Sucht, Burn-Out, psychosomatische Erkrankung)

praxiswelker

4 Schwangerschaft und Geburt

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

während der Geburt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

nach der Geburt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

beim Kind? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Die Geburt erfolgte ☐ Rechtzeitig ☐ zu früh ☐ zu spät ☐☐ Wochen

Geburtsmodus ☐ Spontan ☐ Kaiserschnitt Sonstiges

Geburtsmaße siehe gelbes U-Heft ☐☐☐☐ Gewicht in g ☐☐☐ Länge in cm ☐☐ Kopfumfang in cm ☐☐☐ Apgar (wenn bekannt)

5 Frühkindliche Entwicklung / Kleinkindalter / Kindergartenzeit

Freies Laufen ab dem ☐☐. Lebensmonat **Erste Worte** ab dem ☐☐. Lebensmonat

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen ab

☐☐. Lebensjahr / **Tagsüber** ☐☐. Lebensjahr / **Nachts**

Wer betreute das Kind überwiegend im 1. Lebensjahr?

Verhaltensauffälligkeiten bis zum 3. Lebensjahr

Betreuung in der KiTa oder im Kindergarten

Verhalten in der KiTa oder im Kindergarten

6 Schulzeit

Einschulung mit Lebensjahren Schule / Schulart, Ort

von **bis** Schule / Schulart, Ort

von **bis** Schule / Schulart, Ort

Wurde eine Klasse wiederholt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche und warum?

Gibt es von der Lehrern berichtete Auffälligkeiten? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

praxiswelker

7 Körperliche Entwicklung

Kinderkrankheiten

Bestehen schwerwiegende oder chronische Erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?
Gab es stationäre Behandlungen oder Operationen?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, weshalb?
Hat Ihr Kind Allergien?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?
Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche und wieviel (Name und Dosierung)?
Raucht Ihr Kind?	☐ Ja	☐ Nein	
Gab / Gibt es Hinweise auf Drogen- oder Alkoholmissbrauch?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, welche?

8 Angaben zur aktuellen Lebensituation des Kindes

Hobbies / Vereine / sonstige Freizeitaktivitäten

Wie würden Sie den Kontakt Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben?

Lebte Ihr Kind außerhalb der Familie?	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, wo und wie lange?

9 Sonstiges

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders? Welche Stärken und besonderen Interessen hat Ihr Kind?

Wie würden Sie das Temperament Ihres Kindes beschreiben?

praxiswelker

9 Sonstiges

Was haben Sie in der Vergangenheit bereits unternommen oder was hat nach Ihrer Einschätzung geholfen, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten in der Vergangenheit zeitweise etwas besserten?

Welche Therapien haben Sie in der Vergangenheit schon hinsichtlich der Probleme Ihres Kindes veranlasst? Gab es bereits ambulante oder stationäre Therapien? z.B. Logopädie / Ergotherapie / Psychotherapie / Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik / Tagesklinik / Ambulanz / Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis

Befindet sich Ihr Kind derzeit in der Behandlung in einer der folgenden Institutionen oder Praxen:

Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)	☐ Ja	☐ Nein	
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ oder MEZ)	☐ Ja	☐ Nein	
Ambulanz einer Klinik oder Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie	☐ Ja	☐ Nein	
Gustav-Heinemann-Haus / Kinderneurologisches Zentrum	☐ Ja	☐ Nein	
Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis / Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	☐ Ja	☐ Nein	Wenn ja, bei wem?
Besteht Kontakt zum Jugendamt?	☐ Ja	☐ Nein	

Unter welcher Nummer sind sie tagsüber telefonisch **wann** erreichbar?

Ort, Datum **Unterschrift**

Vielen Dank!