



**Fragebogen zur weiteren Entwicklung des Kindes bei Wiederaufnahme der Versorgung durch unsere Praxis**

Name, Vorname:..... Geburtstag:.....

männlich       weiblich      Staatsangehörigkeit:.....

Straße:..... Landkreis:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Lebt bei den Eltern:     ja      Wenn nein, bei wem und wo:.....

Sorgerecht:     alleine     gemeinsam

gesetzlicher Vertreter/Sorgerecht:

Spalte 1     Spalte 2     Spalte 3     Anderer Name/Str./PLZ/Ort/Tel.):.....

Spalte	1 Mutter	2 Vater	3 Stief-, Pflege-, Adoptiv- Eltern, Vormund
Telefon			
Mobil			
Faxnummer			
Email			
Name, Vorname:			
Geburtstag:			
Arbeitgeber:			
Beihilfeberechtigt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf:			
Berufstätig	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags
Staatsangehörigkeit:			

Krankenkasse mit Ort:		Versicherten-Nr.:	
Krankenkassen-Nr.:		Status: (siehe Versichertenkarte)	
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	

Kinderarzt /-ärztin, Hausarzt/-ärztin oder Einrichtung/Person (Name und genaue Anschrift, Tel.-Nr.) die Sie an uns verwiesen hat:.....

## Weshalb möchten Sie Ihr Kind erneut vorstellen?

Was ist der aktuelle Vorstellungsgrund und welche Probleme haben sich seither ergeben?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Welche Hilfe und Untersuchungen erwarten Sie?

.....  
.....  
.....  
.....

## Beginn der Pubertät

Befindet sich noch nicht in der Pubertät

Bei Mädchen: erste Monatsblutung im Alter von .....

Bei Jungen: Stimmbruch im Alter von .....

## Nimmt Ihr Kind (ein) Medikament(e) ein?

Nein  Ja Präparat/Name.....

Dosis in..... mg Schema z.B. „1-0-0“ .....

## Fragen zu Familie, Kindergarten und Schule

### Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf und aller anderen Kinder, die in der Familie leben (außer das angemeldete Kind)

Name	Geburtsdatum	welche Schulart und Klasse (bzw. berufl. Ausbildung)	besondere Probleme oder Krankheiten

### Falls es hier Veränderungen gegeben hat: Sind die Eltern

- verheiratet       in eheähnlicher Gemeinschaft      seit .....  
 getrennt, seit .....       geschieden, seit.....

### Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil?

- überhaupt nicht, seit.....  
 etwa alle ..... Wochen, bzw. .... Monate

### Wer betreut Ihr Kind, wenn es von der Schule/Kindergarten nach Hause kommt?

.....

### Welche weiteren Personen leben zusammen mit Ihrem Kind im gleichen Haushalt und üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

.....  
 .....

### Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

- ja       häufig uneinig       entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

### Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern?

- Besseres Verhältnis zur Mutter       Besseres Verhältnis zum Vater  
 Verhältnis zu Mutter und Vater gleich gut / schlecht

### Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern?

(Bitte jeweils angeben, um welches Geschwister es sich handelt.)

- Entfällt, da keine Geschwister
- Im Allgemeinen gut
- Nicht so gut, mit

.....

### Hat es Freunde/Freundinnen?

- Ja, Anzahl.....
- Nein

### Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

- Fast täglich
- Nicht täglich, sondern .....
- Ist lieber für sich allein

### Wie verträgt sich Ihr Kind in der Gruppe?

- Kommt gut mit anderen aus
- Sucht andere zu beherrschen
- Leicht durch andere zu beeinflussen
- Will häufig alles bestimmen
- Nimmt anderen gerne etwas weg
- Zwickt, stößt, schlägt andere häufig
- Wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen oder geschlagen
- Wird oft von anderen beschimpft
- Prahlt gerne vor anderen, gibt an
- Beschimpft andere oft
- Zieht sich oft zurück
- Wird von anderen wenig beachtet oder gemieden
- Sonstiges .....

### Welche Schule besucht(e) Ihr Kind?

- Diagnose- und Förderklasse
- Grundschule
- Mittelschule
- Schule mit besonderem Förderangebot .....
- Realschule
- Gymnasium

Adresse und Tel: .....

Wie heißt die Klassenlehrerin/der Klassenlehrer? .....

Klasse ..... Jahr der Einschulung .....

- Vorzeitige Einschulung
- Verspätete Einschulung (Zurückstellung)
- Überspringen der Klasse
- Wiederholen der Klasse

### Regelmäßigkeit des Schulbesuchs

- verspätet sich oft       schwänzt häufig       regelmäßig  
 zeitweise keine Schule besucht, von ..... bis.....  
 fehlt oft, wegen.....

### Geht das Kind gern zur Schule?

- Im Allgemeinen ja       nein       hat regelrecht Angst vor der Schule

### Gibt es Probleme beim Lernen/bei den Hausaufgaben? Wenn ja welche ?

.....  
.....

### Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

- nein       ja, wegen der Fächer .....

## Untersuchungen und Behandlungen

### Gab oder gibt es inzwischen noch andere Unterstützungsmaßnahmen oder Untersuchungen?

- Nein  
 EEG       Psychologischer Test       Computertomogramm (z.B. Kopf)  
 Jugendamt: \_\_\_\_\_ (Ort, evtl. zuständiger Sachbearbeiter)  
 Erziehungsberatungsstelle: \_\_\_\_\_  
(Welche?)

### Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen (z. B. Ärzte, Psychotherapie, Ergo, Logopädie) vorgestellt?

Beruf oder Therapiestelle*) Name, Anschrift	Wann? von- bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

\*) z.B. prakt. Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopädie, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopädie, Psychologin, Frühförderstelle, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle, Allergologe

**In welcher Klinik wurde Ihr Kind inzwischen evtl. stationär behandelt?**

Anschrift der Klinik	Wann? von- bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:**

Name: ..... Datum: .....