



Informationen zur Anmeldung

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Erstvorstellung in unserer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Leider können wir aktuell aufgrund der hohen Inanspruchnahme keine zeitnahen Ersttermine anbieten.

Wir empfehlen Ihnen, auch andere kinder- und jugendpsychiatrische Behandlungsmöglichkeiten und Beratungsstellen in der weiteren Region in Betracht zu ziehen und sich dort ebenfalls vormerken zu lassen.

Wir setzen Sie gerne auf unsere Warteliste. Sobald wir Ihnen einen Termin zum Erstgespräch anbieten können, werden wir uns mit einem Terminvorschlag bei Ihnen melden.

Bitte beachten Sie, dass es aufgrund der hohen Nachfrage zu längeren Wartezeiten kommt.

Von telefonischen Nachfragen bitten wir daher Abstand zu nehmen. Wir wären Ihnen jedoch dankbar über eine kurze Rückmeldung per Email, wenn Sie keinen Bedarf mehr haben.

Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

Vorzugsweise in Praxis (1-3): Regensburg Schwandorf Weiden

(Bitte beachten Sie, dass es keinen Anspruch auf die gewünschten Orte gibt!)

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

männlich weiblich divers Staatsangehörigkeit: _____

Straße: _____ Landkreis: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____

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

Patienten Mobil: _____ Pat. E-Mail: _____

Sorgerecht: alleine gemeinsam

gesetzlicher Vertreter/Sorgerecht: Spalte 1 Spalte 2 Spalte 3

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

Schule/ Klasse: _____

Kinderarzt/Ort: _____

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

Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung und Bewegung <input type="checkbox"/> Verhalten <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung <input type="checkbox"/> Umgang und Spiel mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung <input type="checkbox"/> Erziehung <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> schulische Leistungen <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Anfälle <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |
|--|---|

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

Welche Hilfe und Untersuchungen erwarten Sie?

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

Fragen zur Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____

Hatte die Mutter früher Fehlgeburten? (wann?) _____

Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter _____, Vater _____ Jahre

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente ein? Ja nein

Welche? _____

Zeigten Ultraschall-Untersuchungen Auffälligkeiten? Welche? _____

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z.B.:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutungen/drohende Fehlgeburt | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck/ EPH-Gestose | <input type="checkbox"/> seelische Belastungen |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben) |
| <input type="checkbox"/> Operationen _____ | |

Fragen zur Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Entbindung: termingerecht zu früh _____Tage/Wochen

zu spät _____Tage/Wochen

War das Fruchtwasser grün zu viel zu wenig

War die Nachgeburt (Plazenta) auffällig zu klein vernarbt

Gab es Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.:

Zwillinge Steißlage Kaiserschnitt Saugglocke

andere (bitte beschreiben) _____

Fragen zum Neugeborenen

Siehe U1 und U2 im Vorsorgeheft

Gewicht: _____g Länge _____cm Kopfumfang _____cm

Hat ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? Ja nein

Wurde ihr Kind beatmet? Ja nein wie lange? _____

Nabelarterien pH-Wert: _____ Apgarwerte

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Wurde ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? Ja nein

Anschrift _____

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf wie z.B.

Infektionen Krampfanfälle andere _____

Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Lebensjahre entwickelt?

In welchem Alter begann es,

| | | | |
|-----------------|--|-----------------------------------|--|
| Sie anzublicken | | frei zu gehen | |
| zu lächeln | | erste Worte zu sprechen | |
| zu greifen | | kurze Sätze zu sprechen | |
| sich zu drehen | | Tagsüber sauber zu werden | |
| frei zu sitzen | | Nachts sauber zu werden | |
| zu krabbeln | | Nässt/kotet wieder ein, seit wann | |

Beginn der Pubertät

Befindet sich noch nicht in der Pubertät

Bei Mädchen: erste Monatsblutung im Alter von _____

Bei Jungen: Stimmbruch im Alter von _____

Was spielt Ihr Kind besonders gerne?

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 |
|------|--------------|---|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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. _____ Monat

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
- Verhältnis zu Mutter und Vater gleich schlecht

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern?

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

- Im Allgemeinen gut
- Nicht so gut, mit _____
- Schlecht, mit _____
- Entfällt, da keine Geschwister
- Häufigster Anlass zu Streit

Hat es Freunde/Freundinnen?

- Ja, Anzahl _____. Nein

Mögen Sie diese Freunde/Freundinnen?

- Ja Einen/einige nicht,

weil: _____

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

Besucht(e) Ihr Kind eine(n)

- Krabbelstube Kindergarten Kinderhort für Schulkinder
 Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)

Adresse _____

Wie ist/war dort Verhalten?

| | ohne Probleme | es gab Schwierigkeiten, weil |
|--------------|-----------------------|------------------------------|
| Krabbelstube | <input type="radio"/> | |
| Kindergarten | <input type="radio"/> | |
| Kinderhort | <input type="radio"/> | |
| SVE | <input type="radio"/> | |

Welche Schule besucht(e) Ihr Kind?

Diagnose- und Förderklasse Grundschule Mittelschule

Schule mit besonderem Förderangebot _____.

Realschule Gymnasium Mittelschule M-Zug Sonstige: _____

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

Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?

Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?

| 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, Psychologe, Frühförderstelle, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle, Allergologe

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

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

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> EEG | <input type="checkbox"/> Psychologischer Test | <input type="checkbox"/> Computertomogramm (z.B. Kopf) |
| <input type="checkbox"/> Kernspintomogramm | <input type="checkbox"/> Hörprüfung | <input type="checkbox"/> und andere ergänzende Angaben |

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte: _____