

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Sabrina Milkovic´

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Sozialpsychiatrie

Am Dickhäuterplatz 1, 76275 Ettlingen,

Tel 07243/14110 FAX330605, praxis@kjp-ettlingen.com



Elternfragebogen

Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

Name, Vorname		Adresse
Geb. am	Religion	Schule
Sorgerecht	Eltern getrennt: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Klasse
Krankenversicherung		Klassenlehrer-/in

Mutter

Vater

Name, Vorname		Name, Vorname	
Geb. am	Religion	Geb. am	Religion
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefon / Handy		Telefon / Handy	
Email		Email	
Beruf		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 des Patienten / der Patientin:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

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

Aktuelle Probleme

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

>

>

>

>

>

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

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

Bisher aufgesuchte Ärzte, Beratungsdienste und bisherige Untersuchungen / Behandlungen

Wo haben Sie Ihren Sohn / Ihre Tochter bereits wegen der oben genannten Schwierigkeiten vorgestellt?

Name, Adresse	Wann	Warum

Medikamente in Vorgeschichte wegen der oben genannten Schwierigkeiten:

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

Medikamente, die zur Zeit eingenommen werden:

Medikamentenname	Dosierung

(Hinweis: Sie finden einige dieser Angaben im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Schwangerschaft Besonderheiten bitte ankreuzen

Monat		Monat	
<input type="checkbox"/> Blutung	<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung	<input type="checkbox"/> Ödeme (Wassereinlagerungen)	<input type="checkbox"/> Fehl- / oder Totgeburt	<input type="checkbox"/> Seelische Belastung
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> Fehlgaben	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen			
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme			
<input type="checkbox"/> Alkohol			
<input type="checkbox"/> Rauchen			

Geburt und Säuglingsalter

Wievielte Schwangerschaft?..... Fehlgaben?.....

Geburt nach wievielter Schwangerschaftswoche? (Normal: 40 SSW):.....

Name der Entbindungsklinik:.....

War einer der folgenden Eingriffe notwendig?

Sauglocke Geburtszange Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen? z.B.

Nabelschnurumschlingung grünes Fruchtwasser

Sonstiges:

Gewicht	Größe
Kopfumfang	APGAR-Werte

Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei ihrem Sohn / Ihrer Tochter? nein ja

Wenn ja welche?

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt? nein ja

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?	
<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?	
	Jahr / Monat
<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?	

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle		
Warum	Wann	Name d. Klinik

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Allergie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine chronische Erkrankung? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Krampfanfälle? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Kindergartenalter

War Ihr Kind im:	Von bis (Alter)	Wo
Kinderrippe		
Regelkindergarten		
Sonderkindergarten		
Kinderhort		

Ging Ihr Sohn / Ihre Tochter
 ungern in den Kindergarten gern in den Kindergarten

Welche der folgenden Verhaltensauffälligkeiten machten Ihnen während der Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen?

<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Trotz, Ungehorsam
<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Wutausbrüche
<input type="checkbox"/> Gehemmtheit, Schüchternheit	<input type="checkbox"/> Zappeligkeit	<input type="checkbox"/> Kontaktstörungen
<input type="checkbox"/> Einordnungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Unkonzentriertheit	<input type="checkbox"/> Sexuell auffälliges Verhalten
<input type="checkbox"/> auffälliges Spielverhalten	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Tics
<input type="checkbox"/> Essensschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	

Ergaben sich sonstige Schwierigkeiten im Kindergarten

Schulzeit

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter von der Schule zurückgestellt? Wenn ja, aus welchem Grund	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
--	-----------------------------	-------------------------------

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"/> Hat Angst
<input type="checkbox"/> Verschweigt Kl.arb.	<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.)

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?

Familiensituation

Trennung von den Eltern:

War Ihr Kind von den Eltern z.B: wegen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt über längere Zeit getrennt?

Ja Nein

Von bis	Trennungsgrund

Was trifft für Ihre Familie zu?

Eltern leben seit der Geburt des Kindes zusammen Eltern leben getrennt seit

Eltern sind geschieden seit Neue Partnerschaft des Vaters seit

Mutter / Vater alleinerziehend seit Neue Partnerschaft der Mutter seit

Von wem wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher vorwiegend erzogen?

Von beiden Elternteilen Von der Mutter
 Von den Großeltern Vom Vater
 Sonstige: von wem

Erziehungsstil der Mutter

ausgeglichen streng freizügig unsicher

Erziehungsstil des Vaters

ausgeglichen streng freizügig unsicher

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen deutlich:

Ja Nein

Wenn ja, worin?

Wer von den erziehenden Personen hat den größten Einfluss auf Ihren Sohn / Ihre Tochter?

Ist die Beziehung zwischen Mutter und Sohn / Tochter

besonders eng und herzlich

ausgeglichen

gespannt

Ist die Beziehung zwischen Vater und Sohn / Tochter

besonders eng und herzlich

ausgeglichen

gespannt

Gibt es schwerwiegende **körperliche oder seelische Krankheiten** oder Störungen bei Vater, Mutter, Geschwistern oder Großeltern z.B. chronische Krankheiten, Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Selbstmordversuche)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche, bei wem?

Wohnsituation

Wohnen Sie seit der Geburt Ihres Kindes in der gleichen Wohnung?

Ja

Nein

Wenn **nein**, wo haben Sie sonst noch gewohnt?

Ort

Von

bis

Ort	Von	bis

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?

Ja

Nein

Wenn ja, mit wem?

Gibt es besondere **Spannungen oder Probleme** zwischen den Geschwistern

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Wieviel Taschengeld erhält Ihr Sohn / Ihre Tochter im Monat?

Wird Ihr Kind zu häuslichen Arbeiten herangezogen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Wie erledigt Ihr Sohn / Ihre Tochter diese Pflichten

gern

ungerne

weigert sich oder vergisst

Weitere **wichtige Dinge**, die wir über Ihren Sohn / Ihre Tochter wissen sollten?

Ausgefüllt von

am

Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens!!