

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geb. am: _____

Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl. ☐ divers

Anschrift: Straße: _____ Postleitzahl: _____

Krankenkasse: _____

Hauptversicherte/r: _____

Name des Kinder- /Hausarztes/in: _____

Name der Schule / des Kindergartens: _____ Klasse: _____

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen in Stichworten bzw. kreuzen Sie das jeweilige Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an.

Ist oder war Ihr Kind in Behandlung durch einen Kinder- und Jugendpsychiater:in, Psychotherapeut:in, eine Klinik, ein SPZ oder eine Institutsambulanz? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann: _____

☐ ambulant ☐ Praxis: _____ ☐ kinderpsychiatrische Institutsambulanz ☐ SPZ

☐ stationär: Klinikname: _____

Einwilligungserklärung zur Erhebung / Übermittlung von Patientendaten (siehe Aushang: Datenschutz)

Zum Zwecke der Behandlung werden personenbezogenen Daten (Patientendaten) erhoben, gespeichert und weitergeleitet, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (Abwicklung des Behandlungsvertrages, Abrechnungsvorgang). Die Erhebung dieser Daten ist Voraussetzung für die Behandlung. Werden notwendige Daten nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

Optional:

- ☐ Es besteht die Möglichkeit nach vorheriger Absprache mit der Praxis Informationen per eMail auszutauschen. Sie stimmen der Nutzung Ihrer Daten / der Daten Ihres Kindes zu bestimmten anderen Zwecken, die über die Behandlung hinausgehen, zu. Insbesondere sind Sie mit Praxismailings, Informationen und Terminerinnerungen einverstanden.

(Nicht zutreffendes bitte streichen!)

Diese Einwilligung können Sie jederzeit teilweise oder vollständig widerrufen.

Berlin, den

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift weiterer Sorgeberechtigter

Sorgerecht:

- ☐ Eltern haben gemeinsames Sorgerecht, führen gemeinsamen Haushalt
☐ Eltern haben gemeinsames Sorgerecht, leben getrennt
☐ Mutter ist allein sorgeberechtigt ☐ Vater ist allein sorgeberechtigt
☐ Vormund / Pflegereltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefonnummer): _____

- ☐ Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht / Gesundheitssorgerecht (Unzutreffendes streichen) liegt bei einem Elternteil / Vormund: _____

Erklärung zum Sorgerecht bei gemeinsamen Sorgerecht:

Mir ist bekannt, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit ausdrücklichem Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/Die Unterzeichnende versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert wurden und mit der hier geplanten kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik, Beratung und Behandlung einverstanden sind.

Berlin, den

Unterschrift des Sorgeberechtigten

Unterschrift weiterer Sorgeberechtigter

Grund der Vorstellung / aktuelle Probleme:**Körperliche Gesundheit:**

Unter welchen körperlichen Krankheiten leidet Ihr Kind?

Augen: Kann Ihr Kind gut sehen? ☐ ja ☐ neinTrägt Ihr Kind eine Brille? ☐ ja ☐ neinOhren: Kann Ihr Kind gut hören? ☐ ja ☐ neinWurde es vom HNO-Arzt untersucht? ☐ ja ☐ neinSind Allergien bekannt? ☐ nein☐ ja, folgende:
.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

☐ nein☐ ja, folgende:
.....Gab es jemals: ☐ Krampfanfall ☐ Fieberkrampf ☐ epileptischer Anfall?Gab es / Gibt es Auffälligkeiten beim ☐ Essen / ☐ Trinken?**Belastungen:**

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, das noch heute eine Rolle spielt (Stichpunkte)?

Bisherige Therapien:

Gab es bisher schon Therapien? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?

☐ Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, psychiatrische Klinik☐ Psychotherapie ☐ Erziehungsberatung☐ Ergotherapie ☐ Logopädie/ Sprachtherapie☐ sozialpädagogische Familienhilfe ☐ Jugendamt**Angaben zur Familie:****Mutter:**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse (falls abweichend vom Kind):

Straße

PLZ, Ort

Telefonnr:

Emailadresse:

Ausbildung/Beruf:

Angaben zur Familie:**Vater:**

Name:

Geburtsdatum:

Adresse (falls abweichend vom Kind):

Straße

PLZ, Ort

Telefonnr:

Emailadresse:

Ausbildung/Beruf:

Geschwister / Halb- / Stiefgeschwister

Bitte Name und Geburtsdatum angeben

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Leidet ein Familienmitglied an einer schweren, chronischen oder einer seelischen Erkrankung?

(Zum Beispiel Psychose, Ängste, Depression, ASHS, Suchterkrankung...)

Entwicklung und medizinische Vorgeschichte:**Schwangerschaft:**Verlauf: ☐ unauffällig ☐ auffällig (Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)**Geburt (diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft):**

In welcher Schwangerschaftswoche?

Wie war die Entbindung? ☐ Spontan ☐ mit Saugglocke ☐ mit der Geburtszange ☐ mittels Kaiserschnitt

Gewicht: g Länge: cm APGAR:-.....-.....Punkte

Gab es Auffälligkeiten in den ersten 7 Lebenstagen?

Säuglingsperiode:Gestillt? ☐ nein ☐ ja wie lange? War das Kind ein: ☐ Schreikind ☐ ruhiges Kind ☐ sonstiges**Kleinkindalter / Kindergartenzeit:**

Ab wann konnte Ihr Kind frei Laufen?

Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann Zweiwortsätze?)

Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase?

Wann war Ihr Kind trocken (Tag/Nacht)?

Hat Ihr Kind eine Tagesmutter / Krippe / Krabbelgruppe besucht? ☐ nein ☐ ja, im ZeitraumHat Ihr Kind den Kindergarten besucht bzw. besucht es ihn? ☐ nein ☐ ja, im ZeitraumHatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz? ☐ nein ☐ jaGab es / Gibt es im Kleinkind- / Vorschulalter Verhaltensauffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja Welche?**Schulzeit / bisherige Schullaufbahn:**

In welchem Jahr wurde Ihr Kind eingeschult?

Schulart/-ort: _____ von _____ bis _____

Schulart/-ort: _____ von _____ bis _____

Schulart/-ort: _____ von _____ bis _____

Schulart/-ort: _____ von _____ bis _____

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind einen Förderstatus in der Schule oder besucht es den Förderunterricht? Wenn ja, welchen?

Wie ist die soziale Integration in der Schule?

Berufliche Bildung:

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme (BvB), Berufsausbildung oder Studium absolviert? Wenn ja, welches?

Mediennutzung:

Welche elektronischen Medien konsumiert ihr Kind am häufigsten/intensivsten?

Wieviele Stunden täglich konsumiert ihr Kind diese Medien?

☐ an Schultagen: Stunden/Tag

☐ an schulfreien Tagen: Stunden pro Tag

Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen):

Was kann ihr Kind gut, welche Fähigkeiten und Eigenschaften mögen Sie an Ihrem Kind (Stichpunkte)?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden, wer hat uns empfohlen?

Sonstige wichtige Informationen:

Von wem wurde dieser Fragebogen ausgefüllt? _____

Jetzt haben Sie es geschafft☺ - vielen Dank!