

Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

1

Angaben zum Kind

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Staatsangehörigkeit _____

Grund der Vorstellung _____

Vorstellung empfohlen
durch: _____

Angaben zur Familie

Name der Mutter: _____

Geb.-Datum: _____

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Arbeitszeit: _____

Telefon: _____

Name des Vaters: _____

Geb.-Datum: _____

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübte Tätigkeit: _____

Arbeitszeit: _____

Telefon: _____

Sorgerecht: _____

Umgangsregelung: _____

Lebensort v. Kind: _____

**Aktueller Partner der
Mutter:** _____

Seit: _____

**Aktuelle Partnerin des
Vaters:** _____

Seit: _____



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

2

Wie viele Geschwisterkinder hat das Kind: _____

	Name des Geschwisterkindes	Geb.-Jahr	Schule/ Ausbildung	Verwandschaftsgrad (mütterlicherseits/väterlicherseits/ adoptiert, Pflegekind)	Wohnhaft bei: (Mutter, Vater, WG,...)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Erkrankungen in der Familie (Mutter od. Vater des Kindes, Großeltern Geschwister, ...)

z.B. Ängste, Zwänge, Depressionen, Psychosen, Essstörungen, andere psychische Erkrankungen, Alkoholismus, Sucht (Substanzmissbrauch), Selbstmordversuch, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, ...

Schwangerschaft / Geburt / frühkindliche Entwicklung

Mehrlingsschwangerschaft: ja nein

Besonderheiten:

- Blutdruckerhöhung
- Blutungen
- vorzeitige Wehen
- Diabetes
- Erbrechen
- psych. Erkrankungen
- Klinikaufenthalte
- Sonstiges:

Haben Sie während der Schwangerschaft:

- Zigaretten geraucht?
- Drogen konsumiert?
- Alkohol getrunken?
- Medikamente genommen?
- Sonstiges:

Geburtsgewicht: _____ g Lage: _____
Größe: _____ cm Woche: _____

Geburtskomplikationen: _____

Ernährung: gestillt? ja nein wenn ja, wie lange? _____
 Ernährungsprobleme / Gedeihstörungen

Komplikationen im 1. Jahr: nein Schlafstörungen
 Säuglingskrämpfe übermäßiges Schreien
 Fieberkrämpfe andere: _____
 keine Angaben möglich

Entwicklung: Erstes Sitzen: _____ Erstes Laufen: _____
Erste Wörter: _____ Erste Sätze: _____

Sauberkeit: Tagsüber trocken ab: _____ Nachts trocken ab: _____

Aktuell: Einnässen? ja nein Einkoten: ja nein
Wenn ja, Einnässen: tags nachts tags und nachts



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

3

Angaben zu Kindereinrichtungen und Schule

Besuch einer **Krippe/Kita** ab: _____ Wo? _____

Alter bei **Einschulung**: Aktuelle **Klassenstufe**: **Rückstellung?** ja nein
Klassenwiederholung? ja nein

Name der bisher besuchten Schulen:	1.	Von Klasse <input type="checkbox"/>	bis Klasse <input type="checkbox"/>
	2.	Von Klasse <input type="checkbox"/>	bis Klasse <input type="checkbox"/>
	3.	Von Klasse <input type="checkbox"/>	bis Klasse <input type="checkbox"/>

Telefonnummer der aktuellen Schule: _____

Klassenlehrer/In: _____

Hortbesuch? ja nein **Wenn ja**, von Uhr bis Uhr

Förderstatus? ja nein **Art:** _____ **Nachteilsausgleich?** ja nein **Art:** _____

Angaben zu speziellen Förderungen und Unterstützungen

	Name, Institution, ggf. Anschrift	von	bis
Physiotherapie			
Logopädie			
Ergotherapie			
Psychotherapie			
Lerntherapie			
Familienhelfer	Telefonnr.:		
Private Nachhilfe			

Angaben zum Gesundheitszustand

	Name der mitbehandelnden Ärzte	Letzte Vorstellung
Kinderarzt / Hausarzt		
Augenarzt		
HNO		
Kinderkardiologe		
Ki./Ju.-Psychiater		
Sonstige		

Relevante Diagnosen: _____

Klinikaufenthalte: _____

Chronische Erkrankungen: _____	Appetit: _____
Kinderkrankheiten: _____	Trinken: _____
Allergien: _____	Schlaf: _____
Operationen: _____	Medikamente: _____
Unfälle: _____	Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, ...): _____

Angaben zum Lebensumfeld

Hobbys, Vereine: _____

Medienkonsum pro Tag (TV, Handy, Tablet, PC): _____

Kritische Lebensereignisse: _____

Worüber machen Sie sich bei ihrem Kind am meisten Sorgen? _____

Was gefällt Ihnen an ihrem Kind am besten? _____

Welche Wünsche haben Sie an unsere Praxis? _____



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

4

Anhang für Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung

Institution	Anschrift	Aufenthaltszeitraum	Grund der Aufnahme bzw. des Wechsels

Leiter/In der aktuellen Einrichtung: _____

Aktueller **Bezugsbetreuer/In**: _____

Telefon: _____

Art der Einrichtung:

Kleinstheim

Familienwohngruppe

therapeutische WG

Kinderheim

Wohngruppe

lerntherapeutische Einrichtung

Sonstige: _____

Eingliederungsmaßnahmen:

ja Welche? _____

nein



Bitte füllen Sie die für sie zutreffende Vorlage aus.

Behandlungseinverständnis „Alleiniges Sorgerecht“

Hiermit bestätige ich Frau _____
 Herr _____

Wohnhaft: _____
Dass ich für meine Tochter _____
 meinen Sohn _____

Das alleinige Sorgerecht habe.

Mein Kind darf von Frau Dr. med. Kerstin Behring, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. durch ihre angestellten Psychologinnen und Heilpädagoginnen behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Behandlungseinverständnis „Gemeinsames Sorgerecht“

Hiermit bestätigen wir Frau _____
 Herr _____

Wohnhaft: _____
Dass wir für meine Tochter _____
 meinen Sohn _____

Das gemeinsame Sorgerecht haben.

Unser Kind darf von Frau Dr. med. Kerstin Behring, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. durch ihre angestellten Psychologinnen und Heilpädagoginnen behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person 1

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person 2



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

6

Schweigepflichtsentbindung

Im Rahmen der fachärztlichen Behandlung meines Kindes _____

geb. am _____ entbinde ich zum Informationsaustausch mit

- der Schule dem Jugendamt der Logopädie
- der Kita der Ergotherapie der Physiotherapie
- dem/der Kinderarzt/ärztin dem/der Psychotherapeut/in dem/der Familienhelfer/in
- sonstiges _____

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin / Wir sind darüber informiert worden, dass eine Kinder –und Jugendpsychiatrische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der / Die Unterzeichnenden versichern hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert und einverstanden mit der Kinder –und Jugendpsychiatrischen Vorstellung und Behandlung sind.

Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit zu widerrufen.

.....

Sorgeberechtigter / Patient (bei Volljährigkeit)

Ausschluss gleichzeitiger Zentrumsbehandlung

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind keine aktuelle Behandlung in einem sozialpsychiatrischen Zentrum, u./o. Institutsambulanz erfolgt.

.....

Sorgeberechtigter / Patient (bei Volljährigkeit)

