

**Zentrum für Psychosoziale Medizin**

Chefarzt für den Bereich  
Kinder und Jugendliche:  
Dr. med. Dirk Naumann

**Kinder- und Jugendpsychiatrische  
Institutsambulanz**

Lornsenplatz 2-6 (1. OG)  
25524 Itzehoe  
Oberärztin:

Dr. med. Annegret Eckhart-Ringel

Anmeldung unter:

Telefon: +49 4821 772-6210

[PIA-KJP@KH-Itzehoe.de](mailto:PIA-KJP@KH-Itzehoe.de)

Liebe Sorgeberechtigten,

wir erfassen mit dem Fragebogen einige Aspekte der psychischen Beschwerden Ihres Kindes. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen vollständig aus. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen vorab an folgende Adresse zurück:

**Klinikum Itzehoe**

**Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz**

Lornsenplatz 2-6

25524 Itzehoe

Wir nehmen im Anschluss Kontakt mit Ihnen auf. Bitte geben Sie unbedingt eine aktuelle Telefonnummer an.

**Für eine Terminabsprache in unserer Institutsambulanz benötigen Sie eine ärztliche Überweisung.**

Bei geteiltem Sorgerecht benötigen wir eine Einverständniserklärung beider Elternteile zum Einverständnis in die Behandlung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz

# 1. Allgemeine Daten

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Grad der Behinderung (mit Merkzeichen): \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Private Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Beihilfe in Prozent: \_\_\_\_\_

**Name Kinderärztin/Kinderarzt:** \_\_\_\_\_

## Sorgerecht:

Mutter:  Vater:  gemeinsam:

Sonstige Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

## Kontakt + Adressen Sorgeberechtigte:

1. Sorgeberechtigte/r: Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

2. Sorgeberechtigte/r: Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Warum möchten Sie Ihr Kind vorstellen? Was macht Ihnen Sorgen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Wer hatte die Idee, Ihr Kind in der Institutsambulanz vorzustellen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Corona-Pandemie: Was hat sich durch die Pandemiesituation verändert? Wie wurde die Pandemie erlebt? Gab es besondere Auffälligkeiten?**

---

---

## **2. Frühkindliche Entwicklung**

### **Schwangerschaft**

Anzahl Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Künstliche Befruchtung: Ja  nein

Schwangerschaft: überraschend  geplant  unerwünscht

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen oder sonstige Probleme?

Ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Medikamente und/oder Alkohol oder Rauchen während der Schwangerschaft?

Ja  nein

Bei Medikamenten: wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

### **Entbindung / Geburt**

Entbindung in Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Spontan:  Kaiserschnitt  Saugglocke  Zange

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

APGAR-Werte: \_\_\_\_\_

Gab es Geburtskomplikationen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

---

Haben Sie gestillt? Ja  nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

## Erstes Lebensjahr

Schreikind / Drei-Monats-Koliken  Fütter- / Gedeihstörung

Besondere Schlafprobleme

Sonstiges:

## In welchem Alter beherrschte Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte?

### Bewegungsentwicklung:

Greifen: Selbstständig freies Sitzen: Krabbeln:

freies Stehen: Freies Laufen:

### Sprachentwicklung:

Erste Worte: erste Sätze:

### Sauberkeitsentwicklung:

Tagsüber trocken: nachts trocken:

Gab es noch bestimmte Besonderheiten im Allgemeinen? \_\_\_\_\_

Bei weiblichen Jugendlichen: erste Monatsblutung mit \_\_\_\_\_ Jahren

## 3. Außerhäusliche Betreuung / Schullaufbahn

Welche Einrichtungen (z.B. Krippe, Tagesmutter, Kindertagesstätte) wurden vor der Schule besucht?

Einrichtung Alter: von bis

a) \_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_

Wurde die Einrichtung regelmäßig besucht?  Ja  Nein

Gab es Eingewöhnungsschwierigkeiten?  Ja  Nein

Gab es Auffälligkeiten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat / Hatte Ihr Kind einen Förderstatus?  Ja  Nein

Schullaufbahn:

Name aktuelle Schule: _____ _____ _____	Schulform: <input type="checkbox"/> Grundschule <input type="checkbox"/> Förderzentrum <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> _____
Klassenstufe: _____	

Einschulung im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Schulwechsel nach der \_\_\_\_\_ Klasse

Wiederholung der Klasse \_\_\_\_\_

Überspringen der Klasse \_\_\_\_\_

Förderbedarf:       Lernen       geistige Entwicklung       \_\_\_\_\_

Förderunterricht (Fach): \_\_\_\_\_

Nachhilfe (Fach): \_\_\_\_\_

Falls die Schule bereits abgeschlossen wurde:

Aktuelle Ausbildung oder Berufsvorbereitende Maßnahme: \_\_\_\_\_

Ausbildungsbetrieb / Berufsschule: \_\_\_\_\_ ggf. Lehrjahr: \_\_\_\_\_

Gab / Gibt es Besonderheiten oder Auffälligkeiten während der Schullaufbahn?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es soziale Beziehungen zu Gleichaltrigen?       Ja       Nein

Gibt es regelmäßige Freizeitaktivitäten, denen Ihr Kind nachgeht (Hobbies, Sport, Musik, Pfadfinder, Jugendgruppen, etc)?       Ja       Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit Medien?  PC/Spielkonsole: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Fernsehen: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

Handy/Tablet: \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

## 4. Körperliche Gesundheit / Vorbehandlungen

Hat Ihr Kind besondere Krankheiten durchgemacht?

---

---

---

---

Gab es Krankenhausaufenthalte:  nein

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, aufgrund: \_\_\_\_\_

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, aufgrund: \_\_\_\_\_

im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, aufgrund: \_\_\_\_\_

Datum des letzten Sehtests: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Datum des letzten Hörtests: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

Weitere durchgeführte Diagnostik / Untersuchungen: medizinische Untersuchungen (z.B. EEG, MRT, Kardiologie, ...), Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrisches Zentrum, Psychologische Tests, Sonderpädagogisches Gutachten, ...

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

Bekam oder bekommt Ihr Kind / Ihre Familie therapeutische oder andere unterstützende Maßnahmen (wie z.B. Physiotherapie / Krankengymnastik, Frühförderung, Sprachtherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Erziehungsberatung, SPFH (Sozialpädagogische Familienhilfe), Psychotherapie, ...)?

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren, weil: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

nein

ja, weil \_\_\_\_\_

## 5. Familie

Name, Vorname (1. Sorgeberechtigte/r):

\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geburtsland:

Deutschland;  \_\_\_\_\_

Schulabschluss:

kein Schulabschluss

Förderschule  Hauptschule

Realschule  Gymnasium

Erlerner Beruf der Mutter:

\_\_\_\_\_

Derzeit erwerbstätig:  Ja  Nein

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Schichtdienst: :  Ja  Nein

Beziehung der Sorgeberechtigten:

verheiratet

zusammenlebend

seit \_\_\_\_\_ getrennt lebend

seit \_\_\_\_\_ geschieden

Bei getrennt lebenden Sorgeberechtigten:  
Das Kind wohnt...

bei der Mutter  beim Vater

Wechselmodell

bei: \_\_\_\_\_

**Besondere familiäre Situationen:**

1. Sorgeberechtigte/r  2. Sorgeberechtigte/r krank / behindert: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name, Vorname (2. Sorgeberechtigte/r):

\_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geburtsland:

Deutschland;  \_\_\_\_\_

Schulabschluss:

kein Schulabschluss

Förderschule  Hauptschule

Realschule  Gymnasium

Erlerner Beruf des Vaters:

\_\_\_\_\_

Derzeit erwerbstätig:  Ja  Nein

Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Stunden/Woche

Schichtdienst: :  Ja  Nein

Sorgerecht:

Mutter  Vater  gemeinsam

\_\_\_\_\_

Kontakt zum anderen Sorgeberechtigten:

wöchentlich  14-tägig

einmal im Monat

kein Kontakt

- 1. Sorgeberechtigte/r  2. Sorgeberechtigte/r verstorben, wann: \_\_\_\_\_
- Kind in Pflegefamilie / adoptiert im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Unterbringung in Heim / Wohneinrichtung
- Nach Trennung: neue Partnerschaft/en der Sorgeberechtigten:
- 1. Sorgeberechtigte/r, seit: \_\_\_\_\_  2. Sorgeberechtigte/r, seit: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

---



---



---

Gibt es familiäre Belastungen (z.B. finanzielle Sorgen, beengter Wohnraum, Konflikte, etc.)?

---



---



---

**Geschwister / weitere Bezugspersonen:**

Bitte geben Sie den Verwandtschaftsgrad an (leiblich, Stiefgeschwister, Halbgeschwister etc.)

Vornamen (ggf. Nachname)	Alter	Bemerkung	Wohnt im Haushalt
1. _____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. _____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. _____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. _____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
5. _____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. _____			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wie sind die Beziehungen der Geschwister untereinander?

---



---



---



Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen für den Patienten / die Patientin (außer Geschwister; z.B. Großeltern, andere Verwandte etc.?)

Name der Bezugspersonen:

---

---

Welche weiteren Informationen über diese Person sind bedeutsam?

---

---

Gibt es eine Betreuung durch das Jugendamt?  Ja  Nein

Wenn ja, seit:

---

Wer ist der/die Ansprechpartner/in?

---

Gibt es weitere Betreuungen in der Familie?

---

---

## 6. Einschätzungen

**Welche besondere Begabungen / Talente hat Ihr Kind?**

---

---

---

**In welchen Punkten sind Sie in Ihrer Rolle als Sorgeberechtigte/r mit sich zufrieden?**

Stärken der 1. Sorgeberechtigten:

---

---

---

---

Stärken der 2. Sorgeberechtigten:

---

---

---

---

Gibt es Punkte, in denen Sie mit Ihrer Rolle mit sich selbst nicht zufrieden sind?

---

---

---

Ergänzende Bemerkungen:

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**



Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_

## Erklärung aller Sorgeberechtigten

Voraussetzung für eine Behandlung Ihres Kindes und den damit verbundenen Maßnahmen in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrischen Institutsambulanz ist das Einverständnis **aller** Sorgeberechtigten.

	Name	Vorname	Geburtsdatum
Kind			
Sorgeberechtigte/r 1 <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____			
Sorgeberechtigte/r 2 <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____			

Wir sind mit der Behandlung unseres Kindes einverstanden und nehmen hiermit die Anmeldung in der Kinder- und Jugendpsychiatrische Institutsambulanz vor.

---

Datum und Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

---

Datum und Ort

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2