

Liebe Eltern,

wir bitten Sie darum, diesen Fragebogen möglichst genau auszufüllen. Das hilft uns dabei, planen zu können, welche Diagnostik- und Therapieangebote im Rahmen einer Kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sinnvoll erscheinen. Wenn Fragen nicht zu Ihrer Situation passen oder Ihnen etwas Wichtiges fehlt, dann fühlen Sie sich frei, Ihre Antworten kreativ an Ihre Situation anzupassen. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie gern die Rückseite. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Geben Sie bitte unbedingt ihre aktuelle Telefonnummer an, da wir Sie ansonsten nicht zeitnah kontaktieren können.

Senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen bitte an folgende Adresse zurück:

Klinikum Itzehoe

**Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters**

Robert-Koch-Str. 2
25524 Itzehoe

Wir unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, behandeln Ihre Angaben selbstverständlich vertraulich und geben grundsätzlich nur dann Informationen weiter, wenn Sie uns ausdrücklich von der Schweigepflicht entbinden.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Tagesklinikteam

Ausgefüllt von Vater Mutter beide Eltern _____ am: _____

Name, Vorname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____ Festnetz: _____

_____ Handy (Mutter): _____

_____ Handy (Vater): _____

Überweisende/r Kinderärzt/in, Kinder- und Jugend-Psychiater/in, Neurolog/in:

Name: _____

Ort: _____ Telefon: _____

Krankenkasse: _____ Krankenversicherungs-Nr. Kind: _____

Krankenversicherungs-Nr. Hauptversicherter: _____

ggf. abweichende Adresse des Hauptversicherten: _____

Ja, ich bin damit einverstanden, dem Patienten / der Patientin eine Überweisung für die KJP auszustellen.

Unterschrift: _____ Stempel:

Aus welchem Grund suchen Sie unsere Klinik auf, worüber machen Sie sich die meisten Sorgen?

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?

I. Bisherige Untersuchungen, Behandlungen

Datum des letzten Sehtests: _____ Datum des letzten Hörtests: _____

Ergebnis: _____ 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 (z.B. Physiotherapie/Krankengymnastik, Frühförderung, Sprachtherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Erziehungsberatung, SPSH (Sozialpädagogische Familienhilfe), Psychotherapie, ...)?

_____ im Alter von ____ Jahren, weil: _____

_____ im Alter von ____ Jahren, weil: _____

_____ im Alter von ____ Jahren, weil: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

nein

ja, weil _____

Gibt es eine Betreuung durch das Jugendamt? ja nein

Name des Sachbearbeiters: _____

II. Familie

Name, Vorname der **Mutter**: _____

Name, Vorname des **Vaters**: _____

Alter der Mutter: _____

Alter des Vaters: _____

Geburtsland der Mutter: Deutschland

Geburtsland des Vaters: Deutschland

Schulabschluss der Mutter:

Schulabschluss des Vaters:

kein Schulabschluss Förderschule

kein Schulabschluss Förderschule

Hauptschule Realschule

Hauptschule Realschule

Gymnasium

Gymnasium

erlernter Beruf der Mutter: _____ erlernter Beruf des Vaters: _____

Arbeitszeiten der Mutter:

- keine Erwerbsarbeit
 Stundenweise: ____ h/W
 Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

Arbeitszeiten des Vaters:

- keine Erwerbsarbeit
 Stundenweise: ____ h/W
 Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

Beziehung der Eltern:

- verheiratet
 zusammen lebend
 seit _____ getrennt lebend
 seit _____ geschieden

Sorgerecht:

- Mutter Vater gemeinsam

Bei getrennten Eltern: Das Kind wohnt:

- bei der Mutter beim Vater
 Wechselmodell
 bei: _____

Kontakt zum anderen Elternteil:

- wöchentlich 14-tägig
 einmal im Monat
 kein Kontakt

Besondere familiäre Situationen:

- Mutter Vater krank /behindert: _____
 Mutter Vater verstorben, wann: _____
 Kind in Pflegefamilie / adoptiert im Alter von _____ Jahren
 Unterbringung in Heim / Wohneinrichtung
 Nach Trennung: neue Partnerschaft/en der Eltern:
 Mutter, seit: _____ Vater, seit: _____

Bemerkungen: _____

Lebenspartner/in der Mutter:

Vorname, Name, Alter:

Lebenspartner/in des Vaters:

Vorname, Name, Alter:

Berufliche Tätigkeit: _____

Berufliche Tätigkeit: : _____

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit Kind:

ja nein

Lebt im gemeinsamen Haushalt mit Kind:

ja nein

Geschwister (bei weiteren Kindern Rückseite verwenden):

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____ Krankheiten/

Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____ Krankheiten/

Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____ Krankheiten/

Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Halb-, Stief- und Pflegegeschwister (bei weiteren Kindern Rückseite verwenden):

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____ Krankheiten/

Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____ Krankheiten/

Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Name: _____, _____ Jahre, M / J, Klasse: _____ Krankheiten/

Entwicklungsschwierigkeiten: _____

Im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern:

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seiner Mutter?

schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinem Vater?

schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern?

schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Großeltern?

schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit (weitere wichtige Bezugsperson bitte angeben) _____

_____ schlechter etwa gleich besser

Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern?

schlechter etwa gleich besser

In der Familie gesprochene Sprache/n (hauptsächlich verwendete Sprache unterstreichen):

deutsch _____

III. Frühe Entwicklung

Wie verlief die Schwangerschaft und Geburt?

unproblematisch

Komplikationen/Risiken in Schwangerschaft: _____

psychische Belastungen der Mutter / Familie während der Schwangerschaft: _____

Geburt erfolgte in der ____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgröße _____ cm, Geburtsgewicht _____ g, Kopfumfang _____ cm

Komplikationen/Risiken während und direkt nach der Geburt: _____

1. Lebensjahr:

Schreikind / Drei-Monats-Koliken Fütter-/Gedeihstörung Besondere Schlafprobleme

Sonstiges: _____

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: _____

Hat Ihr Kind Unfälle erlitten?

nein

im Alter von ____ Jahren: _____

im Alter von ____ Jahren: _____

In welchem Alter beherrschte Ihr Kind folgende Entwicklungsschritte?

Bewegungsentwicklung: Greifen: _____ Monate
Selbständigkeit freies Sitzen: _____ Monate, Krabbeln: _____ Monate
freies Stehen: _____ Monate, freies Laufen: _____ Monate
Sprachentwicklung: erste Worte: _____ Monate, erste Sätze: _____ Monate
Selbständig mit dem Löffel essen: _____ Monate
tagsüber trocken: _____ Jahre, nachts trocken: _____ Jahre
an- und ausziehen: _____ Jahre
Fahrrad fahren (ohne Stützräder): _____ Jahre

Essverhalten: Vorlieben: _____

Abneigungen: _____

Händigkeit: Rechtshänder Linkshänder beidhändig/wechselt die Hände

IV. Kindergarten und Schule

Ist / war Ihr Kind bei einer Tagesmutter untergebracht: ab _____ (Jahr) bis _____ (Jahr)

derzeit täglich von ____ Uhr bis ____ Uhr Besonderheiten: _____

Name **des Kindergartens/Krippe:** _____

in: _____

Integrations-/Sonderkindergarten

das Kind hat/hatte Integrations-Status Gruppengröße: _____ Kinder

Kindergartenbesuch:

ab _____ (Jahr) bis _____ (Jahr), derzeit täglich von ____ Uhr bis ____ Uhr

Geht / ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

ja mittelmäßig nein, weil: _____

Gibt/gab es aus Sicht der Erzieher/innen Schwierigkeiten? nein ja, weil: _____

Name der Schule:

In: _____

Klassenstufe: _____

Schulform:

- Grundschule
 Regionalschule Gemeinschaftsschule
 Gesamtschule Gymnasium
 Berufsschule: _____
 Sonder-/Förderschule: _____

Schullaufbahn:

- Einschulung im Jahr _____ Schulwechsel nach der ____ Klasse
 Wiederholung der Klasse _____ Überspringen der Klasse _____

Förderbedarf:

- Lernen geistige Entwicklung _____
 Förderunterricht (Fach): _____
 Nachhilfe (Fach): _____

Geht / ging Ihr Kind gerne in die Schule?

- ja mittelmäßig nein, weil _____

Wie kommt Ihr Kind mit der Schule und den Lernanforderungen allgemein zurecht?

- gut, ohne Probleme es gibt/gab Schwierigkeiten, weil _____

Schulleistungen

Deutsch

- ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

Mathematik

- ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

Geschichte, Sachkunde

- ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

weiteres Fach (bitte angeben): _____

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

weiteres Fach (bitte angeben): _____

ungenügend unter Durchschnitt Durchschnitt über Durchschnitt

Hausaufgaben: benötigte Zeit ca. _____ Stunden täglich.

gut, ohne Probleme es gibt/gab Schwierigkeiten, weil _____

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Mitschülern?

ohne Probleme

es gab Schwierigkeiten, weil _____

V. Freizeit

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

keine eine/n zwei bis drei vier oder mehr

Wie oft pro Woche trifft sich Ihr Kind mit Freunden außerhalb der Schule?

weniger als einmal ein- bis zweimal mind. dreimal

Beste/r Freund/in: (Name, Geschlecht und Alter): _____

keine/n beste/n Freund/in

Hat Ihr Kind regelmäßige Freizeitaktivitäten (z. B. Sport, Musikunterricht, Jugendgruppe...)?

nein

ja (Aktivität, Wochentag, Uhrzeit)

Welche weiteren Lieblingsbeschäftigungen und Interessen hat Ihr Kind?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind im Durchschnitt täglich an Bildschirmgeräten (Fernsehen, PC/Tablet, iPad, Handy etc.?)

Wochentags: _____ Stunden Wochenende: _____ Stunden

Hat Ihr Kind häusliche Pflichten oder regelmäßige Arbeiten zu erledigen? (z.B. Spülen, Staubsaugen, Zeitung austragen)?

ja, und zwar: _____

nein

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind nachts im Durchschnitt?

Von _____ Uhr bis _____ Uhr, _____ Stunden

VI. Jugendliche

Sexuelle Entwicklung

bei Mädchen: 1. Monatsblutung im Alter von _____ Jahren

Raucht Ihr Kind?

nein weiß ich nicht ja, _____ Zigaretten täglich

Trinkt Ihr Kind Alkohol?

nein weiß ich nicht

ja, Art: _____, Menge: _____, Häufigkeit: _____

Nimmt Ihr Kind andere Drogen?

nein weiß ich nicht

ja, Art: _____, Menge: _____, Häufigkeit: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Erklärung aller Sorgeberechtigten

Voraussetzung für eine Behandlung in unserer Klinik ist, dass alle Sorgeberechtigten mit ihrer Unterschrift das Einverständnis mit einer Behandlung und aller damit verbundenen Maßnahmen des Kindes dokumentieren. Dieses gilt vor allem dann, wenn getrennt lebende Eltern das Sorgerecht gemeinsam ausüben.

Wir sind mit der Behandlung unseres Kindes einverstanden und nehmen hiermit die Anmeldung in der Tagesklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters vor.

Sollte sich aus der ambulanten Vorstellung eine Empfehlung einer tagesklinischen Therapie ergeben, sind wir ebenfalls damit einverstanden.

Name des Kindes: _____

Geboren am: _____

Ort und Datum

Unterschriften