

LIEBE ELTERN,
wir möchten Sie bitten, nachstehende Fragen zu beantworten, da sie uns wertvolle Informationen liefern, die die Entwicklung und das Lebensumfeld Ihres Kindes betreffen.

Die Angaben werden streng vertraulich behandelt
(im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht).
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit.

ausgefüllt von:

heutiges Datum:

Inhaber des Personensorgerechts

Eltern Mutter Vater

andere: wer?

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

aufnehmende Ärzt*in/Psycholog*in:

Wie können wir sie im Bedarfsfall erreichen?

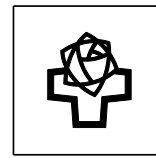
Ihre **Telefonnummern:**

Ihre **E-Mail-Adressen:**

1. GRUND DER VORSTELLUNG

Bitte stellen Sie kurz dar, weshalb Sie die ärztlich/psychologische Vorstellung Ihres Kindes wünschen:

Haben Sie bereits Kontakt zu helfenden Organisationen oder Behörden, wie z. B. Jugendamt/ASD/ Sozialamt? Bitte kurz Ansprechpartner, Einrichtung und Hilfeleistung angeben:



2. ENTWICKLUNG DES KINDES

2.1 Schwangerschaft/Geburt

a) Wunschkind ja nein

Wie war das psychische Befinden der Mutter?

Gab es Belastungen während der Schwangerschaft?

b) In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind **geboren**?

. Schwangerschaftswoche

...falls Sie sich nicht erinnern können:

Mein Kind war...

- ein Frühgeborenes
- ein reifes Kind
- sicher übertragen

Geburtsgewicht:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---

Geburtslänge:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	cm
----------------------	----------------------	----------------------	----

APGAR:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

c) Geburtsverlauf

- natürliche Geburt
- Nabelschnurumschlingung um den Hals
- Zangengeburt
- Notfall-Kaiserschnitt
- eingeleitet
- Saugglocke
- Geplanter Kaiserschnitt
- weiß nicht

d) **Dauer der Geburt** (ab regelmäßiger Wehentätigkeit unter 5 min)

- unter 4 Std.
- bis 24 Std.
- bis 48 Std.
- über 48 Std.
- weiß nicht

e) Geburtskomplikationen

beim Kind

- keine Komplikationen
- Sauerstoffgabe war beim Baby erforderlich.
- Das Baby musste wiederbelebt werden.
- Säuglingsintensivstation mit:
 - Wärmebett
 - Inkubator
 - Beatmung
 - weiß nicht

bei der Mutter

- keine Komplikationen
- _____
- _____
- _____

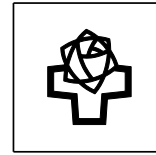
f) Hat die Mutter während der Schwangerschaft **geraucht**?

	1. Drittel	2. Drittel	3. Drittel	
Nichtraucherin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
über 5 Zig./Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiß nicht

g) Hat die Mutter während der Schwangerschaft **Alkohol** getrunken?

(1 Einheit = 1 Glas Wein, 1/2l Bier, 1 Glas Schnaps)

	1. Drittel	2. Drittel	3. Drittel	
kein Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
über 1-2 Einheiten/Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> weiß nicht



h) Hat die Mutter während der Schwangerschaft zeitweise oder regelmäßig **Rauschgift/Drogen** zu sich genommen?

- | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Keine Drogen | <input type="checkbox"/> Kokain | <input type="checkbox"/> Cannabis/„Hasch“ |
| <input type="checkbox"/> Ecstasy | <input type="checkbox"/> Heroin | <input type="checkbox"/> Amphetamine/„Speed“/„Crystal“ |
| <input type="checkbox"/> weiß nicht | <input type="checkbox"/> Andere | |

2.2 Frühkindliche Entwicklung

a) Sind bei Ihrem Kind in den ersten 4 Lebenswochen nach der Geburt Probleme aufgetreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Keine Probleme | <input type="checkbox"/> Blutarmut (Anämie) |
| <input type="checkbox"/> Infektion | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Hirnblutung |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung (Meningitis) |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Atmung/Anpassungsstörung | |

b) Wie lange haben Sie ihr Kind ausschließlich **gestillt**? Monate

c) Lag eine **Trinkschwäche** vor? ja nein

d) **Ernährungsschwierigkeiten** im Kleinkindalter? ja nein

e) Übermäßiges **Schreien**? ja nein

f) Wann hat das Kind einen **Schlafrhythmus** gefunden, d. h. durchgeschlafen? Monate

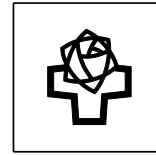
g) Motorische Entwicklung

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> eher unauffällig | <input type="checkbox"/> eher vorzeitig | <input type="checkbox"/> eher verzögert |
| Beginn des Sitzens | | <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |
| Beginn des Laufens | | <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |
| Ergotherapie/Physiotherapie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

h) Sprachentwicklung

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> eher unauffällig | <input type="checkbox"/> eher vorzeitig | <input type="checkbox"/> eher verzögert |
| Beginn des Sprechens (erste Worte wie „Mama“/„Papa“) | | <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |
| Zweiwortsätze (z. B. „Mama trinken!“) | | <input type="text"/> <input type="text"/> Monate |
| Sprachauffälligkeiten? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Logopädische Behandlung/Sprachtherapie? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

i) Durch wen wurde das Kind hauptsächlich in den ersten Lebensjahren **betreut**? Bitte beschreiben:



j) Besucht(e) Ihr Kind eine **Kinderkrippe**? ja nein

...wenn ja, im Alter von bis Monaten.

Gab es **Auffälligkeiten im Verhalten**? ja nein

...wenn ja, welche (z. B. Eingewöhnungsschwierigkeiten, Trennungsängste, Verhaltensauffälligkeiten etc.)?

2.3 Kindergartenalter

a) Besucht(e) Ihr Kind den **Kindergarten**? ja nein

...wenn ja, im Alter von bis Jahren.

Gab es **Auffälligkeiten im Verhalten**? ja nein

...wenn ja, welche (z. B. Eingewöhnungsschwierigkeiten, Trennungsängste, Verhaltensauffälligkeiten etc.)?

b) Entwicklung der **Sauberkeit**

Gab es nach dem 5. Geburtstag...

...Probleme mit Einnässen? ja nein

wenn ja, bitte beschreiben:

...Probleme mit Einkoten?

ja nein

wenn ja, bitte beschreiben:

2.4 Schulalter

a) Einschulung Ihres Kindes termingerecht zurückgestellt vorzeitig

b) Einschulung erfolgte mit Jahren.

c) Einschulung erfolgte in die

Grundschule

Förderschule für

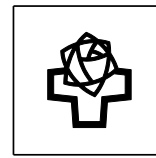
andere Schule bitte beschreiben:

d) Gab es starke **Eingewöhnungsschwierigkeiten**? ja nein

e) Ihr Kind befindet sich jetzt in der . Klasse der folgenden Schuleinrichtung:

FRAGEBOGEN ZU KIND UND FAMILIE

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik und -psychotherapie



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium

Förderschule für: _____

andere Schule, bitte beschreiben: _____

Klassenlehrer (Tel.-Nr.): _____

f) Hat Ihr Kind eine **Klasse wiederholt**?

ja

nein

wenn ja, welche Klasse(n) wurden wiederholt: _____

g) Hat Ihr Kind eine **Klasse übersprungen**?

ja

nein

wenn ja, welche Klasse(n) wurden übersprungen: _____

h) Wie sind die **schulischen Leistungen** aktuell?

sehr gut

gut

mittel

schlecht

i) Welche **Lieblingfächer** hat Ihr Kind? _____

j) Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den **Hausaufgaben**?

ja

nein

k) Gibt es **Probleme** in bestimmten Schulfächern?

ja

nein

wenn ja, in welchem Fach/welchen Fächern? _____

l) Gibt es Teilleistungsstörungen (LRS, Dyskalkulie)?

ja

nein

Nachteilsausgleich gewährt

m) Wurde Förderbedarf festgestellt?

ja

nein

wenn ja, welcher? _____

n) Weitere Auffälligkeiten (Schulwechsel, Fehltage, Schulersatzprogramm) bitte beschreiben:

2.5 Jugendalter/Pubertät

a) Ist Ihr Kind in die **Pubertät** eingetreten?

ja

nein

...wenn ja, erste Periode mit

Jahren

Stimmbruch mit

Jahren

b) Hat Ihr Kind bereits die **Schule abgeschlossen**?

ja

nein

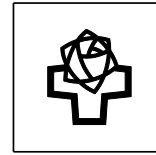
wenn ja, mit welchem Abschluss: _____

c) Hat Ihr Kind bereits eine **Ausbildung begonnen**?

ja

nein-

wenn ja, bitte beschreiben: _____



2.6 Freizeitverhalten

a) Wo und was **spielt** Ihr Kind am liebsten?

[Redacted area for answer a)

b) Ihr Kind betreibt folgende **Hobbys**:

[Redacted area for answer b)

c) Geht Ihr Kind einer **regelmäßigen Freizeitbeschäftigung** in organisiertem Rahmen (z.B. Sportverein) nach?

ja nein

wenn ja, bitte beschreiben:

[Redacted area for description of c)

d) Hat Ihr Kind einen oder mehrere gute Freunde?

ja nein

e) Wird Ihr Kind von den anderen Kindern deutlich abgelehnt?

ja nein

f) Wie lange nutzt Ihr Kind durchschnittlich pro Tag verschiedene **Medien zur Unterhaltung**?
(Bitte kreuzen Sie an, was am Ehesten zutrifft.)

Smartphone Tablet Spielekonsole Computer Laptop TV

andere:

[Redacted area for answer f)

	an Wochentagen (Mo.-Fr.)	am Wochenende (Sa./So.)
gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unter 1 Std. pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ca. 1-2 Std. pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ca. 3-4 Std. pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ca. 4-8 Std. pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über 8 St. pro Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> weiß nicht		

g) Konsumiert Ihr Kind legale (Alkohol, Nikotin) oder illegale (Cannabis, Ecstasy etc.) Drogen? Bitte beschreiben:

[Redacted area for answer g)

2.7 Gesundheit

a) Wie oft haben Sie mit Ihrem Kind im letzten Jahr einen **Arzt** aufgesucht? Bitte beschreiben:

[Redacted area for answer a)

b) Ist in den letzten 6 Monaten eine **körperliche Untersuchung** erfolgt?

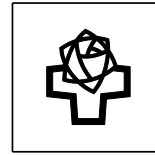
ja nein

c) Ist in den letzten 6 Monaten eine **Laboruntersuchung** erfolgt?

ja nein

FRAGEBOGEN ZU KIND UND FAMILIE

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
-psychosomatik und -psychotherapie



KRANKENHAUS
ST. ELISABETH &
ST. BARBARA

d) Klagt Ihr Kind häufig über folgende **Beschwerden**:

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Schwächegefühl | <input type="checkbox"/> Herzklopfen |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> vermehrter Appetit | <input type="checkbox"/> Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> andere: | | | |

e) Gibt es belastende Lebensereignisse oder traumatische Erfahrungen?

- ja nein

wenn ja, bitte beschreiben:

f) Hatte Ihr Kind jemals folgende **allergische Erkrankungen**?

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nahrungsmittelunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Neurodermitis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Allergisches Asthma | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Weitere Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

wenn ja, bitte beschreiben:

g) Welche **körperlichen Erkrankungen** sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten?

Bitte benennen Sie ggf. das Erkrankungsalter, die Dauer der Erkrankung und die genaue Diagnose.

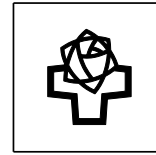
h) Welche **Medikamente** nimmt Ihr Kind **aktuell** ein?

i) Welche **Medikamente** wurden Ihrem Kind **bisher** verschrieben (bei schweren, chronischen oder seelischen Erkrankungen)?

Bitte beschreiben Sie soweit möglich Name, Grund, Dauer der Einnahme und Besonderheiten:

j) Welche **seelischen Erkrankungen** sind bisher bei Ihrem Kind aufgetreten?

Bitte benennen Sie ggf. den behandelnden Arzt/Psychologen, das Erkrankungsalter, die Dauer der Erkrankung und die genaue Diagnose.



k) Hatte Ihr Kind schwere **Unfälle** oder **Operationen** (Krankenhausaufenthalte)?

ja nein

Wenn ja, welche?

l) Haben Sie die **kinderärztlichen Vorsorgeuntersuchungen** (U1-U9) in Anspruch genommen?

ja, alle ja, zum Teil nein weiß nicht

m) Ist Ihr Kind entsprechend den Empfehlungen (StiKo) **geimpft**?

ja nein weiß nicht

2.8 Familie

a) Leibliche **Mutter** des Kindes

Nachname:

Vorname:

geboren am:

Geburtsort/-land:

Schulbildung:

Berufsbildung:

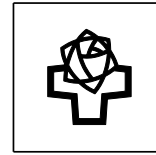
Berufstätigkeit:

Staatsangehörigkeit:

Gesundheit- körperlich:

Gesundheit - psychisch:

Eltern und Geschwister der leiblichen Mutter (Name, Alter, Beruf, Gesundheit):



b) Leiblicher **Vater** des Kindes

Nachname:

Vorname:

geboren am:

Geburtsort/-land:

Schulbildung:

Berufsbildung:

Berufstätigkeit:

Staatsangehörigkeit:

Gesundheit-körperlich:

Gesundheit - psychisch:

Eltern und Geschwister des leiblichen Vaters (Name, Alter, Beruf, Gesundheit):

c) **Familienstand** der leiblichen Eltern

Sie sind

verheiratet

Monat/Jahr der Eheschließung

zusammenlebend

seit (Monat/Jahr)

getrennt lebend

Monat/Jahr der Trennung

verwitwet

seit (Monat/Jahr)

geschieden

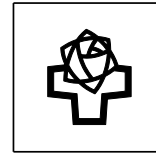
Monat/Jahr der Scheidung

d) Wer lebt aktuell zusammen im Haushalt mit dem Kind?

e) Regelmäßiger **Kontakt zum Kind** bei getrenntlebenden Eltern

ja

nein



f) **Geschwister** des Kindes

Name	Geburtsdatum	Geschlecht		im Haushalt lebend	
1. _____	_____	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2. _____	_____	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
3. _____	_____	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
4. _____	_____	<input type="checkbox"/> m	<input type="checkbox"/> w	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ergänzen Sie ggf. auf den letzten Seiten weitere Geschwisterkinder.

Welche schweren **Erkrankungen, Entwicklungsstörungen, Verhaltensauffälligkeiten** oder Schulprobleme traten bei den Geschwistern des Kindes auf? (Bitte Namen des betroffenen Kindes angeben):

g) Ergänzende Angaben zu **relevanten Bezugspersonen**, wie Adoptiveltern, Pflegeeltern oder Stiefmutter/Stiefvater (Name, Alter, Beruf, Gesundheit):

h) **Erkrankungen in der Familie** (Welche schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen traten in der Familie mütterlicher- oder väterlicherseits auf? Bei wem?):

i) Wie viele **Personen** leben in Ihrem Haushalt?

j) Wie viele **Zimmer** hat Ihre Wohnung/Ihr Haus?

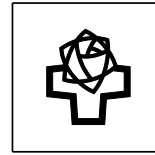
k) Welche **Größe** hat Ihre Wohnung oder Ihr Haus? _____ m²

l) Wie beurteilen Sie Ihre **finanzielle Situation**?

- gut
 zufriedenstellend
 belastet
 keine Angaben

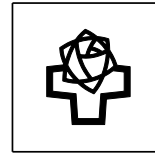
HERZLICHEN DANK!

Auf den folgenden Seiten haben Sie Raum für mögliche Ergänzungen und Anmerkungen.



ANMERKUNGEN/ERGÄNZUNGEN

Area for handwritten notes and additional information, consisting of 20 horizontal grey bars.



ANMERKUNGEN/ERGÄNZUNGEN

Area for handwritten notes and additional information, consisting of 20 horizontal grey bars.