

Fragebogen zur Lebensgeschichte der/ des Jugendlichen

Liebe Eltern und Angehörige,

dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes und ihre/ seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung. Deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so genau wie möglich beantworten.

Wir behandeln alle Informationen streng vertraulich im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Bitte wundern Sie sich nicht, dass wir Ihnen keine Fragen zum Grund der Vorstellung stellen. Diesen besprechen wir ausführlich mit Ihnen im Erstgespräch.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement!

ausgefüllt von: Mutter Vater Eltern andere:

ausgefüllt am:

Nachname der/des Jugendlichen:..... **Vorname:**.....

Geb. am:..... Geschlecht: weiblich männlich

Straße: PLZ, Ort:

Gibt es etwas, das Sie gerne ohne Ihr Kind mit uns besprechen möchten?

ja nein

(Wir werden Ihren Wunsch berücksichtigen und das Erstgespräch entsprechend gestalten)

Was erhoffen Sie sich am meisten von der Vorstellung in unserer Praxis?

Was denken Sie, was ihr Kind oder ihre Familie am ehesten benötigen?

- eine gründliche Untersuchung abwarten und den Verlauf beobachten wir sind für alle Optionen offen
- Ergotherapie Psychotherapie Elternberatung Gruppentherapie ein Medikament
- Krankenhausbehandlung Kur eine schulische Veränderung eine Veränderung in der Familie
- Lerntherapie Anderes:

Vater: Name: wie Kind /, Alter:..... leiblich Stiefvater Pflegevater
Berufstätig: nein ja, als, Wochenarbeitszeit:Std.
Weitere Angaben ggf. zu Adresse, Beruf, Gesundheit und Lebenssituation des Vaters und der Beziehung zum Patienten:

.....
Mutter: Name wie Kind /, Alter:..... leiblich Stiefmutter Pflegemutter
Berufstätig: nein ja, als, Wochenarbeitszeit:Std.
Weitere Angaben ggf. zu Adresse, Beruf, Gesundheit und Lebenssituation der Mutter und der Beziehung zum Patienten:

.....
Eltern leben gemeinsam ja nein Wo lebt Ihr/e Tochter/Sohn (Stadtteil):
in: Wohnung Haus - eigenes Zimmer: ja nein - Wie viele Umzüge seit Geburt?
Welche Sprache(n) werden zu Hause gesprochen? Deutsch andere:.....

Bei getrennt lebenden Eltern

Wer ist sorgeberechtigt?
Seit wann getrennt/ geschieden?.....
Gibt es neue Partner der Eltern? nein ja (seit wann, zusammenlebend, wieder verheiratet):

Besuchsregelung:

Geschwister: (Alter, Name; Halb-/ Stiefgeschwister, Besonderheiten in der Beziehung, Konflikte)

.....
Weitere wichtige Bezugspersonen (Großeltern, PartnerInnen der Eltern, ErzieherIn, LehrerIn, FreundInnen):

.....
Gibt oder gab es besondere Belastungen in der Familie (Veränderungen, belastende Situationen dauernde familiäre Konflikte, etc.): Wenn ja, welche und wen betreffend?

Vorerkrankungen Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes

Hausarzt:.....

Letzte körperliche Untersuchung (im Jahr): Auffälligkeiten:.....

Chronische Erkrankungen (Diabetes, Asthma, Herzerkrankungen, Epilepsie etc.): nein ja

Nimmt Ihre Tochter/ Ihr Sohn zurzeit Medikamente ein? nein ja

(bitte geben Sie ggf. Wirkstoffname, Dosierung in mg und Häufigkeit der Einnahme an)

Krankenhausaufenthalte/ Operationen (wo, wann, warum?): nein ja

Unfälle (welcher Art, wann?):

Untersuchung beim Augenarzt (wo, wann zuletzt, Ergebnis): nein ja,.....

Untersuchung bei HNO-Arzt (wo, wann zuletzt, Ergebnis): nein ja,.....

Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z.B. frühe körperliche Reife)? nein

ja, und zwar

Auffälligkeiten im Schlaf: nein ja, und zwar.....

Einschlafprobleme Durchschlafprobleme Zähneknirschen Schnarchen

Atemaussetzer schlagartige Bewegungen Arme/ Beine Einnässen

sehr unruhige Träume Schreien Schlafwandeln

Einschlafen um ca. Uhr elektronische Medien werden benutzt bis ca. Uhr

Kurzlebige körperliche Beschwerden: nein ja, und zwar:.....

Kopfschmerzen Bauchschmerzen Schwindel Schwäche Müdigkeit

Herzrasen/ -beschwerden Kurzatmigkeit

Krankheitsgeschichte in der Familie: (bitte ggf. weitere Informationen ausführen)

Gibt es Familienangehörige mit psychischen Erkrankungen? nein ja

Gibt es Familienangehörige mit seltenen Erkrankungen oder Erberkrankungen? nein ja

Gibt es Familienangehörige mit ungewöhnlichen Herz-/ Kreislaufkrankungen

(z.B. früher Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen)? nein ja

Erfolge aktuell oder erfolgten früher Behandlungen durch: nein

(ggf. Name des Behandlers/Praxis, Behandlung von - bis, Anlass der Behandlung, hilfreich?)

- Kinder-/Jugendpsychiater, SPZ:
- Psychotherapie:
- Ergotherapie:
- Logopädie:
- Lerntherapie
- Hilfen zur Erziehung (z. B. Kontakt zum KSD, Erziehungsberatung, Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Tagesgruppe):
- Andere:

Frühkindliche Entwicklung:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft oder Geburt

(z.B. körperliche und/ oder seelische Beschwerden, Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, Medikamenteneinnahme; schädigende Einflüsse wie Alkohol, Zigaretten, Komplikationen während oder nach der Geburt)?

- nein ja, und zwar

Bestanden in den ersten Lebensjahren Entwicklungsauffälligkeiten?

(z.B. Ernährung, motorische Entwicklung, Sprache, Sauberkeit, Kontaktverhalten, Hören, Sehen etc.)

- nein ja, und zwar:

.....

Kinderkrippen- / Kindergartenbesuch:

Krippenbesuch/ Tagesmutter: nein ja, ab Jahren

Auffälligkeiten/ Schwierigkeiten: nein ja,.....

Kindergartenbesuch: nein ja, ab Jahren

Auffälligkeiten/Schwierigkeiten: nein ja,.....

Schulische Entwicklung:

Einschulungsalter: zurückgestellt nein ja, weil.....

Aktuelle Schule: Klassenstufe:..... Schultyp: GS – Gym - RS – HS – IGS - andere:

Schulempfehlung in 4. Klasse: Gym – RS - HS – IGS – anderes:

Klassenwiederholung: nein ja,.....

Aktuell Ganztagschule: nein ja,..... Hortbesuch: nein ja, bis Uhr

Förderunterricht: nein ja,.....

Nachhilfe: nein ja,.....

Klassenkonferenz: nein ja,.....

Zusätzliche schulische Förderung zu Hause: nein ja,.....

Bisher besuchte Schulen (bitte jeweils besuchte Klassen und ggf. Grund für Schulwechsel angeben):

.....
.....

Außerschulische Aktivitäten:

Hobbies (Musikinstrument, Sportverein, Chor etc.) nein

ja (Häufigkeit / Stunden pro Woche),

.....

Womit beschäftigt sich ihre Tochter / ihr Sohn gern?

Verabredungen Lesen Fernsehen Fußball Schwimmen Konsole/PC/Smartphone/Tablet

Radfahren Malen Musizieren anderes:

Wieviel Bildschirmzeit (Smartphone, TV, PC etc.) ? an Schultagen: an Wochenenden:

Keine besonderen Interessen

Kontakte:

Gewinnt Ihre Tochter/ Ihr Sohn eher leicht / eher schwer Freunde?

Kommt Ihre Tochter/ Ihr Sohn sozial gut zurecht? ja nein,

schüchtern dominant viele Konflikte wenig Freunde kann sich in Gruppen schlecht einfügen

eher an Erwachsenen orientiert Gruppen sind zu laut Außenseiter Diebstähle, Lügen o.ä.

eher Einzelgänger unsicher andere Kinder sind genervt wegen,

Sonstiges:

.....

Welche Stärken und Fähigkeiten hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn?