

Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Liebe Eltern und Angehörige,

dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung. Deshalb sollten Sie die Fragen zu Hause 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 andere: ausgefüllt am:

Nachname Ihres Kindes:..... **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 Ihres Kindes 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/-ärztin:.....
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/-ärztin (wo, wann zuletzt, Ergebnis): nein ja,.....

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

Kann Ihr Kind Gesprächen bei lauten Hintergrundgeräuschen
(z. B. während Musik läuft oder während einer Autofahrt auf der Rückbank sitzend) folgen? nein ja
Kann Ihr Kind Kinderlieder auswendig singen? nein ja
Reagiert Ihr Kind auch, wenn es seitlich angesprochen wird oder den Sprecher nicht sieht? nein ja
Kann es dann die Richtung zuordnen, aus der die Geräusche kommen? 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*in, SPZ:
- Psychotherapie:
- Ergotherapie:
- Logopädie:
- Lerntherapie
- Hilfen zur Erziehung (z. B. Kontakt zum KSD, Erziehungsberatung, Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Tagesgruppe):
- Andere:

Frühkindliche Entwicklung:

Schwangerschaft: gravierende Komplikationen: nein ja

ggf., welche Besonderheiten (körperliche und/oder seelische Beschwerden, Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft, Medikamenteneinnahme; schädigende Einflüsse wie Alkohol, Zigaretten)

Geburt

in Schwangerschaftswoche: Geburtsverlauf: komplikationslos Komplikationen, und zwar:

.....

Bestanden im 1. Lebensjahr Auffälligkeiten in einem der folgenden Bereiche?

- Ernährung: nein ja, und zwar:.....
- Schlaf: nein ja, und zwar:.....
- Schreien: nein ja, und zwar:.....
- Kontaktverhalten: nein ja, und zwar:.....
- Motorische Entwicklung: nein ja, und zwar:.....
- Sonstiges:.....

Bestanden im 2. oder 3. Lebensjahr Auffälligkeiten in einem der folgenden Bereiche?

- Sprache: nein ja, und zwar:.....
- Sauberkeitserziehung nein ja, und zwar:.....
- Kontaktverhalten mit anderen Kindern/Erwachsenen: nein ja, und zwar:.....
- Sonstiges:.....

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 – Andere:
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:

Wie gewinnt Ihr Kind Freunde? eher leicht / eher schwer
Kommt Ihr Kind 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 Ihr Kind?