Dr. med. D. Finke Dr. med. J. Wilken
Fachärzt*innen für Kinder- u. Jugendpsychiatrie

Fragebogen zur Erstvorstellung

Für eine erfolgreiche Untersuchung und Behandlung sind eine Vielzahl an Informationen notwendig. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus. Alle Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Vielen Dank!

I. Angaben zum Kind / zur/zum Jugendlichen

Name, Vorname:_____Geburtsdatum:_____

Das Kind / die/der Jugendliche lebt bei

☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Verwandte ☐ Sonstige, wer? _____

☐ leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐ Adoptivkind, seit _____

Das Sorgerecht hat:_____

Telefonnummer und E-Mail-Adresse der Familie: _____

Name des Kindergartens/Kita:_____

Name der Schule:_____

Name der/des behandelnden Kinder- bzw. Hausärztin/arztes:_____

II. Angaben zur Familie

Leibliche Mutter

Name, Vorname _____☐ es liegen keine Angaben vor

Geburtsdatum:_____Beruf/derzeitige Tätigkeit:_____/ _____

Falls abweichende Anschrift als Patient (Straße, PLZ, Wohnort, Telefonnummer):

_____

Wichtige körperliche, bzw. psychische Erkrankungen:_____

_____

Leiblicher Vater

Name, Vorname _____☐ es liegen keine Angaben vor

Geburtsdatum:_____Beruf/derzeitige Tätigkeit:_____/ _____

Falls abweichende Anschrift als Patient (Straße, PLZ, Wohnort, Telefonnummer):

_____

Wichtige körperliche, bzw. psychische Erkrankungen:_____

Wichtige familiäre Ereignisse (Belastungen, Trennungen, Krankheiten, „critical life-events“):

……

……

Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- od. Stiefgeschwister)

Name, Vorname Alter/Geburtsdatum Wohnort

……

……

……

☐ es liegen keine Angaben vor

falls Mutter / Vater oder beide Elternteile in neuen Partnerschaften leben, bitte Angaben zur Person des/der neuen Partners/Partnerin:

Partner/in der Mutter:
Name, Vorname:_____ Geburtsdatum:_____

tätig als:_____

Falls abweichende Anschrift als Mutter/Vater: _____

Hat der/die neue Partner/in ebenfalls Kinder mit in die Beziehung gebracht? ☐ ja ☐ nein (wenn ja, bitte in Spalte „Angaben zu den Geschwistern eintragen)

Partner/in Vater:
Name, Vorname:_____ Geburtsdatum:_____

tätig als:_____

Falls abweichende Anschrift als Mutter/Vater: _____

Hat der/die neue Partner/in ebenfalls Kinder mit in die Beziehung gebracht? ☐ ja ☐ nein (wenn ja, bitte in Spalte „Angaben zu den Geschwistern eintragen)

Angaben zu Pflege- bzw. Adoptiveltern

Name, Vorname Pflege-/Adoptivmutter: _____

Geburtsdatum: _____Beruf/derzeitige Tätigkeit:_____

Name, Vorname Pflege-/Adoptivvater: _____

Geburtsdatum:_____ Beruf/derzeitige Tätigkeit: _____

eigene und/oder andere Pflege-/Adoptivkinder ? ☐ ja ☐ nein (wenn ja, bitte in Spalte „Angaben zu den Geschwistern eintragen)

III. Aktueller Vorstellungsgrund

Was sind die aktuellen Gründe, unsere Praxis aufzusuchen?

Wann sind die Auffälligkeiten oder Beschwerden das erste Mal aufgetreten?

Gibt es besondere Ereignisse, die Sie mit dem Auftreten der Beschwerden in Verbindung bringen?

☐ nein
☐ ja – welche ? …….

……..

Zeigen sich die Auffälligkeiten in Verbindung mit bestimmten

Orten? ☐ nein ☐ ja - wo? wie (stärker/schwächer)?……

…….

Tageszeiten? ☐ nein ☐ ja – …… ……...

Situationen? ☐ nein ☐ ja – …….

Personen? ☐ nein ☐ ja – …….

Was haben Sie bisher selbst versucht, um die Schwierigkeiten zu beheben?

Haben Sie sich aufgrund der angegebenen Auffälligkeiten schon einmal an andere Stellen gewandt?
☐ nein
☐ ja – welche und wann (Jahr)? ……..

……

……

Wie würden Sie heute Ihren wichtigsten Veränderungswunsch beschreiben?

IV. Fähigkeiten und Ressourcen

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut?

Welche Fähigkeiten sind besonders hervorzuheben?

V. Entwicklung des Kindes

In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie von der Schwangerschaft erfahren? …….

Wie verlief die Schwangerschaft?

☐ unauffällig
☐ psychische Belastung ☐ Krankheit/Unfall
☐ andere Komplikationen, welche ? ……

…….

Wurden in der Schwangerschaft ☐ Medikamente ☐ Alkohol und/oder ☐ Drogen konsumiert?

☐ ja ☐ nein

Wie verlief die Geburt?

☐ unauffällig
☐ Frühgeburt ☐ Sectio ☐ sonstige Komplikationen, welche ? ……..

…….

Wurde das Kind unmittelbar nach der Geburt behandelt?

☐ nein
☐ ja, welcher Art?.....

Entwicklungsschritte:

Krabbeln mit ca. …….
Freies Laufen mit ……..
Erste Worte mit …….
2-Wort-Sätze mit ……...

Tagsüber trocken mit …….
Nachts trocken mit …….
Sauber mit ……..

Gab es Probleme im Säuglingsalter (Ernährung, Schlafen, Motorik, Unruhe, Ängste) ?

☐ nein
☐ ja – welche ?……..

…….

Ergaben sich Hinweise auf ein beeinträchtigtes Seh- oder Hörvermögen?

☐ nein
☐ ja – welche ? ……
……

Wurden in der Vergangenheit bestimmte körperliche Erkrankungen,
wie auch z.B. Asthma oder Allergien diagnostiziert ?

☐ nein
☐ ja – welche ? …….

Gibt es dadurch bis heute eine bedeutsame Einschränkung?

☐ nein
☐ ja – welche ? ……...

Kindergarten

Hat ihr Kind einen Kindergarten oder andere Einrichtung besucht?

☐ nein
☐ ja
wenn ja, welchen ? …….
ab welchem Alter ……Jahre
Wie lange? …… Jahre

Wurde im Kindergarten eine besondere Förderung angeboten?

☐ nein
☐ ja – welche ? ……...

Ergaben sich besondere Probleme oder Schwierigkeiten während der Kindergartenzeit?

☐ nein
☐ ja – welche ? ……...

Wer ist/ war Hauptansprechpartner? …….
(Ist ein Kontakt gewünscht? ☐ ja ☐ nein Tel.-Nr. ……)

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit (Name der Schule)? …….
Schulform

☐ Grundschule
☐ Hauptschule ☐ Realschule ☐Gymnasium ☐Gesamtschule
☐ Förderschule mit Förderschwerpunkt
☐ Sprache ☐ Lernen ☐ Soziale und emotionale Entwicklung ☐ sonst……..

Klasse ……..

Klassenlehrer/in……..

(Ist ein Kontakt gewünscht? ☐ ja ☐ nein Tel.-Nr. ……..…….)

Wie verlief die Schullaufbahn bisher?

☐ normal
☐ Wiederholung einer Klasse …….
☐ Schulwechsel …….
☐ vermehrt Fehlzeiten, weil …….……
☐ Stress mit Hausaufgaben ……
☐ geht gerne …….
☐ hat keine Lust ……
☐ besondere Schwierigkeiten……
☐ sonstiges…….

Freizeit

Mit welchen Aktivitäten verbringt Ihr Kind seine Freizeit und wie lange etwa?

☐ Hobbies, welche ? ……. ……...

…….ca. ……Std./Woche
☐ Verabredungen ca. …….Std./Woche
☐ PC ca. …….Std./Woche
☐ Fernsehen ca. …….Std./Woche

☐ sonstiges: …….....

……...ca. ……..Std./Woche

Welche Therapeut*innen, bzw. Institutionen sind aktuell bezüglich der Probleme einbezogen?

……

……

(Ist ein Kontakt gewünscht? ☐ ja ☐ nein Tel.-Nr. ……..…….)

Den Fragebogen hat ausgefüllt:

☐ Mutter ☐ Vater ☐ Patient selbst ☐ andere Person …….…

Münster, den _____ _____