

Fragebogen für Eltern und Sorgeberechtigte

Liebe Eltern,  
Liebe Sorgeberechtigte,

Sie haben uns den Auftrag gegeben, bei Ihrem Kind eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik durchzuführen. Hierbei sind wir auf Angaben zu den aktuellen Lebensumständen und zur Vorgeschichte angewiesen! Bitte beantworten Sie folgende Fragen vollständig, um uns beim Diagnostizieren und der korrekten Behandlungsempfehlung zu helfen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

Wer füllt den Bogen aus? \_\_\_\_\_

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort: \_\_\_\_\_

Anschrift des Kindes: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
(Hauptversicherte/r): \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_

Email (Kind/Eltern): \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht? \_\_\_\_\_

Bei wem/wo lebt das Kind? \_\_\_\_\_

Wer ist der Hausarzt? \_\_\_\_\_

Bekommt ihr Kind und Sie aktuell Unterstützung durch: (seit wann / bis wann?)	KiJu-Psychiater <input type="checkbox"/>	Psycholog. Beratungsstelle <input type="checkbox"/>
	KJP Klinik <input type="checkbox"/>	Flexible Erziehungshilfe <input type="checkbox"/>
	Psychotherapeut <input type="checkbox"/>	Integrationshelfer <input type="checkbox"/>
	Ergotherapeut <input type="checkbox"/>	Förderschule / Inklusion <input type="checkbox"/>
	Heilpädagogie <input type="checkbox"/>	Schulsozialarbeiter <input type="checkbox"/>

Was ist der Grund der  
Vorstellung bei uns? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft? Mussten Sie Medikamente nehmen oder haben Sie z.B. geraucht?

Geburtskomplikationen? Kaiserschnitt?

Wie waren die ersten Lebenstage? 1. Lebensjahr?

Gab es Schrei-, Schlaf- oder Fütterprobleme?

Hatte ihr Kind Fieberkrämpfe oder Anfälle?

Wurde das Kind gestillt (wenn ja: wie lange)?

In welchem Alter war/konnte: 

Frei laufen:	Nachts trocken:
2-Wort-Sätze:	Tagsüber trocken sein:

Wie war Ihr Kind im Kindergarten?

Wie war es in der Grundschule? Gab es Klassenwiederholungen?

Welche Schulen / Kindergärten hat ihr Kind besucht (wann bis wann)?

Welche Hobbys hat ihr Kind?

Gibt es Suchtprobleme (Substanzen, Medien)?

Gab es eine der folgenden Untersuchungen (wann?): 

EKG <input type="checkbox"/>	EEG <input type="checkbox"/>
Blutentnahme <input type="checkbox"/>	MRT des Kopfes <input type="checkbox"/>

Hat ihr Kind körperliche Krankheiten? Allergien?

Nimmt ihr Kind Medikamente (welche)?

Alter, Beruf und Beziehung der **Eltern**/ Hauptbezugspersonen:

Alter und Schule der **Geschwister**:

Ist/war ein Verwandter psychisch erkrankt (woran)?

