

## Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen vor der Erstvorstellung sorgfältig aus. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an das Sekretariat.

Fragebogen ausgefüllt von:  Mutter,  Vater,  Sonstige

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Wo und bei wem lebt das Kind zurzeit? \_\_\_\_\_

**(falls Adresse abweichend):** \_\_\_\_\_

Wer lebt mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt/e **(Kontaktdaten):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empfehlung durch: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum, -Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handy und email (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. und IK-Nr.: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Welche Sprache wird zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse: \_\_\_\_\_

Aktuelle/r Schule/Kindergarte **(Name, Adresse, Tel.)** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name der zuständigen Erzieher/in, Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Klassenwiederholung? **O NEIN O JA (wenn ja, welche Klasse):** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Mutter**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse falls  
abweichend des Kindes \_\_\_\_\_

Handy und email: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Vater**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse falls  
abweichend des Kindes \_\_\_\_\_

Handy und email: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

**Angaben zur**

Stiefmutter  Pflegemutter  Adoptivmutter (**Zutreffendes bitte ankreuzen**)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Handy u. email: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

**Angaben zum**

Stiefvater  Pflegevater  Adoptivvater (**Zutreffendes bitte ankreuzen**)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Handy u. email: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf/Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

**Eltern sind (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

verheiratet seit: \_\_\_\_\_

in Partnerschaft seit: \_\_\_\_\_

getrennt lebend seit: \_\_\_\_\_

geschieden seit: \_\_\_\_\_

**Geschwister**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kiga/Schule: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kiga/Schule: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kiga/Schule: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Kiga/Schule: \_\_\_\_\_

**Aktueller Anlass der fachärztlichen Vorstellung**

Welche Probleme bestehen aktuell bei Ihrem Kind?
--

Wem sind diese Probleme zuerst aufgefallen \_\_\_\_\_

und in welchen Situationen tauchen sie auf? \_\_\_\_\_

Welche Hilfestellung erwarten Sie von uns? \_\_\_\_\_

Ggf. zuständiges Jugendamt/Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**Allgemeine medizinische Angaben**

Gab es Operationen, Unfälle? \_\_\_\_\_

Gibt oder gab es körperliche Erkrankungen? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein  NEIN  JA (wenn ja):

welche, Dosierung und seit wann? \_\_\_\_\_

Gab es Krankenhausaufenthalte **O NEIN O JA (wenn ja):**

wann und wo? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr Kind tagsüber trocken/sauber? \_\_\_\_\_

Wann war Ihr Kind nachts trocken/sauber? \_\_\_\_\_

Wann konnte Ihr Kind die ersten Wörter sagen? \_\_\_\_\_

Wann konnte Ihr Kind laufen? \_\_\_\_\_

Welche Form von Behandlungen hat Ihr Kind bisher erfahren? **O KEINE O JA (wenn JA, welche und im welchen Zeitraum):**

O Ergotherapie \_\_\_\_\_

O Logopädie \_\_\_\_\_

O Physiotherapie \_\_\_\_\_

O Frühförderung \_\_\_\_\_

O testpsychologische Untersuchungen und mit Testergebnissen **(falls vorhanden Testergebnisse mit beifügen)** \_\_\_\_\_

Bisherige ambulante oder stationäre Kinder- und Jugendpsychiatriebehandlung? **O NEIN O JA (wenn JA, wo und wann?)** \_\_\_\_\_

Bisherige Kontakte zum SPZ, SPV-Praxen? **O NEIN O JA (wenn JA, wo und wann?)** \_\_\_\_\_

### **Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindzeit**

Schwangerschaftsverlauf (ggf. **Komplikationen, Rauchen, Alkohol, etc.**): \_\_\_\_\_

Geburtsverlauf mit Komplikationen? **O NEIN O JA (wenn JA, welche?)** \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht und -größe: \_\_\_\_\_

Besonderheiten in der Säuglingszeit: \_\_\_\_\_

Besonderheiten im Kleinkindalter: \_\_\_\_\_

### **Kindergarten und Schule**

Kindergartenbesuch seit/wann? \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es Besonderheiten im Kindergarten? **O NEIN, O JA Welche?** \_\_\_\_\_

Schulbesuch seit/wann? \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es Besonderheiten in der Schule? **O NEIN, O JA Welche?** \_\_\_\_\_

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Medien pro Tag in Stunden? \_\_\_\_\_

Welche besonderen Stärken hat Ihr Kind? Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen und Ergänzungen bezüglich Ihres Kindes, die Ihnen wichtig erscheinen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre (n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken ein Foto des Kindes in der Anmeldung gemacht wird. Geeignete Vorkehrungen gegenüber Zugriffen Unbefugter werden getroffen.

Eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung kann nur mit dem Einverständnis **aller Sorgeberechtigten** erfolgen. Ich versichere, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung, in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Martina Skrotzki Heeserstr. 8 in 57072 Siegen, einverstanden sind.

**Ort und Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Eltern,**

***endlich ist es geschafft!***

Nicht nur wir als Untersucher, sondern auch Sie als Eltern und vor allem Ihr Kind werden diese effektive Zeitersparnis bei den Terminen bemerken und von ihr profitieren.

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alles wahrheitsgemäß ausgefüllt haben und beide Sorgeberechtigten von allen Terminen bei uns wissen.

**Wir danken herzlich für Ihre Mühe!**

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Praxis Martina Skrotzki