

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

DR. MED. M. KLEIN
DR. MED. K.-U. OEHLER
PETRA KREIENKAMP

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Sozialpsychiatrische Praxis
Erwachsenenpsychiatrie
Neurologie

INFORMATIONSBOGEN

INFORMATIONEN ZUM KIND/JUGENDLICHEN

Name: Geburtstag: Geschlecht:

SEHR GEEHRTE ELTERN,

für eine erfolgreiche Behandlung bitten wir Sie, uns vorab einige Informationen zu geben. Bitte beschreiben Sie kurz, was Sie in unsere Praxis geführt hat und welche Hilfe Sie sich zunächst wünschen:

BEI WEM LIEGT DAS SORGERECHT?

- beide Eltern ein Elternteil _____
- Jugendamt (Ansprechpartner) _____
- _____

1. GAB ES IM SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF KOMPLIKATIONEN?

nein wenn ja, welche? _____

2. GAB ES WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT SCHÄDIGENDE EINFLÜSSE (Z.B. RAUCHEN, ALKOHOL, ERKRANKUNGEN, MEDIKAMENTENEINNAHME)?

nein wenn ja, welche? _____

3. ZUR GEBURT

Alter der Mutter bei Entbindung

Jahre

Geburtsstermin

Geburt in der
_____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht

_____ g

Körperlänge bei Geburt

_____ cm

Brutkasten

Geburtsverlauf

ungestört

verlängert

Sturzgeburt

Kaiserschnitt

Nabelschnurumschlingung

Zange

Vakuum/Saugglocke

Sauerstoffmangel

Sonstiges: _____

4. GAB ES KOMPLIKATIONEN NACH DER GEBURT?

Krankenhausaufenthalte des Kindes

nein

wenn ja, wegen? _____

Depression der Mutter nach der Geburt nein ja

5. PROBLEME IN DER SÄUGLINGSZEIT (0-12 MONATE)

Hat das Kind viel geschrien?

nein

ja

Gab es Schlafprobleme?

nein

ja

Gab es Fütterprobleme?

nein

ja

Sonstiges

6. MOTORIK UND SPRACHE

GROBMOTORIK

- normal
 auffällig _____

Laufalter Monate

FEINMOTORIK

- normal
 auffällig _____

SPRACHE

- normal
 auffällig _____

Erste Worte Monate

7. SAUBERKEIT

Ist Ihr Kind nachts und tagsüber trocken und sauber?

- ja, seit einem Alter von Jahren
 wenn nein, welche Probleme gibt es und in welcher Häufigkeit? _____

8. GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DER

HÖRFÄHIGKEIT?

9. GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DER

SEHFÄHIGKEIT?

10. WELCHE FÖRDERMAßNAHME ODER THERAPIE ERHIELT/ERHÄLT IHR KIND?

- Ergotherapie Logopädie Physiotherapie Psychologische Beratung/Erziehungsberatung
 Frühförderstelle (Schul-) psychologische Testungen > Ergebnis: _____

Sonstiges

III. SCHULISCHE SITUATION

FALLS IHR KIND NOCH NICHT DIE SCHULE BESUCHT, BITTE AUF DER NÄCHSTEN SEITE FORTFAHREN

11. WURDE IHR KIND ZURÜCKGESTELLT?

- nein
 wenn ja, weil _____

12. BISHERIGER SCHULVERLAUF

Besuch der

- Grundschule
 Mittelschule
 Realschule
 Gymnasium
 Klassenwiederholungen
 Sonstiges

Besuch einer Förderschule
welche? _____

von _____

bis _____

13. DAS KIND BESUCHT ZURZEIT

Besuch der

- Förderschule Realschule
 Grundschule Gymnasium
 Mittelschule
Klassenstufe
 Ausbildung

- Sonstiges

Aktueller Leistungsstand

Deutsch Mathe Englisch HSU

14. HAT IHR KIND SPEZIELLE SCHULLEISTUNGSSCHWIERIGKEITEN (RECHTSCHREIBEN/LESEN/RECHNEN)?

- nein
 wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme? _____

15. WIE LANGE DAUERN ÜBLICHERWEISE DIE HAUSAUFGABEN? Stunden

16. GAB ES SEIT DER GEBURT IHRES KINDES VERÄNDERUNGEN, DIE FÜR IHR KIND BEDEUTSAM GEWESEN SEIN KÖNNTEN (Z.B. TRENNUNGEN, TODESFÄLLE, UMZÜGE, ERKRANKUNGEN, KINDERGARTEN- ODER SCHULWECHSEL)?

- nein
- wenn ja, welche? _____

17. GIBT ODER GAB ES ENTWICKLUNGSAUFFÄLLIGKEITEN, PSYCHIATRISCHE ODER NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN IN DEN FAMILIEN VÄTERLICHER- ODER MÜTTERLICHERSEITS?

- väterlicherseits _____
- mütterlicherseits _____

18. ELTERN

VATER	ALTER <input style="width: 50px;" type="text"/>
Name _____	

Schulabschluss _____	

Beruf _____	

berufstätig	
<input type="radio"/> ja, Stundenumfang/Woche	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Schichtdienst	
<input type="radio"/> nicht berufstätig	

MUTTER	ALTER <input style="width: 50px;" type="text"/>
Name _____	

Schulabschluss _____	

Beruf _____	

berufstätig	
<input type="radio"/> ja, Stundenumfang/Woche	<input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Schichtdienst	
<input type="radio"/> nicht berufstätig	

19. GIBT ES IN DER FAMILIE EINEN MIGRATIONS Hintergrund?

- nein
- ja, welches Familienmitglied? Seit wann in Deutschland? Aus welchem Ursprungsland?

20. HAT IHR KIND Geschwister (oder Halbgewister)?

- nein
- ja, bitte angeben: Name, Geschlecht (m/w), Alter, Schulart, Ausbildung, Beruf, ggf. Erkrankungen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

21. BEI WEM LEBT DAS KIND?

FAMILIE

- bei den leiblichen Eltern
 bei der Mutter Trennung, wann? ggf. Scheidung, wann? aktueller Lebensgefährte
 beim Vater aktuelle Lebensgefährtin

Welche Besuchsregelung?

Sonstige Besonderheiten bei der Wohnsituation?

SONSTIGE

- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| <input type="radio"/> in einer Pflegefamilie | seit wann | Name der Familie |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> in einem Heim | seit wann | Name des Heims |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="radio"/> in einer Adoptivfamilie | seit wann | Name der Familie |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Weiß Ihr Kind von der Adoption?

- ja nein

22. BETREUUNGSSITUATION

Fremdbetreuung, seit wann (Lebensalter)?

Durch wen?	Name der Einrichtung	Von wann bis wann?
<input type="radio"/> Kinderkrippe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Tagesmutter	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Kindergarten	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Förderkindergarten/SVE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Mittagsbetreuung/HPT	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> andere Bezugspersonen (z.B. Großeltern)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



23. HAT IHR KIND KONZENTRATIONSPROBLEME?

- nein
- wenn ja, wie machen sich diese bemerkbar? _____

24. IST IHR KIND HÄUFIG SEHR UNRUHIG, UNGEDULDIG ODER IMPULSIV?

- nein
- wenn ja, wie/in welchen Situationen macht sich das bemerkbar? _____

25. HAT IHR KIND SOZIALE PROBLEME?

- nein
- wenn ja, welche (z.B. aggressiv, unsicher, Außenseiter, wenig Freunde o.ä.)? _____

26. IST IHR KIND HÄUFIG ÄNGSTLICH?

- nein
- wenn ja, wovor oder in welchen Situationen zeigt sich dies? _____

27. IST IHR KIND HÄUFIG NIEDERGESCHLAGEN, UNGLÜCKLICH, WEINT ES OFT?

- nein
- wenn ja, kennen/vermuten Sie den Grund? _____

28. IST IHR KIND HÄUFIG WÜTEND?

- nein
- wenn ja, in welcher Situation? _____

29. ZEIGT IHR KIND VERHALTENSWEISEN, DIE IHNEN „ZWANGHAFT“ VORKOMMEN (Z.B. BESTIMMTE DINGE MÜSSEN IHREN GENAUEN PLATZ HABEN, HÄUFIGES HÄNDEWASCHEN, KONTROLLE VON SCHALTERN O.Ä.)?

- nein
- wenn ja, welche Verhaltensweisen finden Sie auffällig? _____

30. HABEN SIE AN IHREM KIND BEWEGUNGEN ODER LAUTE BEOBACHTET, DIE WIE EIN „TIC“ WIRKEN UND DIE IHR KIND NICHT ZU KONTROLLIEREN VERMAG (Z.B. „ZUCKEN“ IM GESICHT, KOPFBEWEGUNGEN, SCHNÜFFELN ODER RÄUSPERN O.Ä.)?

- nein
- wenn ja, welche Bewegungen oder Laute treten auf? _____

31. GAB/GIBT ES VORERKRANKUNGEN (Z.B. DIABETES, ASTHMA, EPILEPSIE, NAHRUNGSUNVERTRÄGLICHKEITEN, ALLERGIEN)?

nein

wenn ja, welche? _____

32. NIMMT IHR KIND REGELMÄßIG MEDIKAMENTE EIN?

nein

wenn ja, welche? _____

33. GAB ES BEI IHREM KIND IRGENDWANN EINMAL EINEN KLINIKAUFENTHALT, Z.B. WEGEN EINES UNFALLS, EINER OPERATION, EINER SCHWEREN ERKRANKUNG?

nein

wenn ja, wann, wie lange und warum? _____

34. GIBT ES BESONDERHEITEN BEIM

ESSVERHALTEN? nein

wenn ja, welche?

SCHLAF? nein

wenn ja, welche?

ANTRIEB? nein

wenn ja, welche?

GIBT ES KÖRPERLICHE BESCHWERDEN?

Bauchschmerzen

Übelkeit

Kopfschmerzen

Rückenschmerzen

Sonstiges

VIII. FREIZEITGESTALTUNG

35. WOMIT VERBRINGT IHR KIND GERNE ZEIT?

36. BESTEHT EINE REGELMÄßIGE FREIZEITAKTIVITÄT (Z.B. IM VEREIN O.Ä.)?

37. WIE OFT TRIFFT SICH IHR KIND IN DER WOCHE SCHÄTZUNGSWEISE MIT FREUNDEN?

38. WOMIT VERBRINGEN SIE MIT IHREM KIND GEMEINSAME ZEIT?

39. WELCHE ELEKTRONISCHEN MEDIEN (FERNSEHEN/PC/TABLET/SPIELKONSOLEN ETC.) NUTZT IHR KIND, WIE LANGE?

IX. STÄRKEN IHRES KINDES

40. WAS SCHÄTZEN SIE AN IHREM KIND?



41. WAS SCHÄTZEN FREUNDE/INNEN AN IHREM KIND?

ANMERKUNGEN

Gibt es etwas, was Sie uns nach der Bearbeitung dieses Informationsbogens noch mitteilen wollen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WIR FREUEN UNS AUF IHR KOMMEN.

WWW.KLEIN-KREIENKAMP-OEHLER.DE

Praxis:

Wirsbergstr. 10 | 97070 Würzburg

Telefon 09 31. 32 29 66

Telefax 09 31. 32 29 68 8

Diagnostik- und Therapiezentrum:

Augustinerstr. 15 | 97070 Würzburg

Telefon 09 31. 45 25 18 50

Telefax 09 31. 45 25 40 75

