

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Erstanmeldung Elternfragebogen

Persönliche Daten des Kindes/Jugendlichen

Vor- und Nachname:	
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	Krankenkasse:
Geburtsdatum:	Versicherten-Nr.:
Staatsangehörigkeit:	Krankenkassen-Nr.:
Adresse:	Über wen versichert: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> _____
Lebt bei:	
Sorgerecht: <input type="checkbox"/> Eltern haben gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> anderer:	
Hausarzt/ Kinder- und Jugendarzt (Name, Adresse):	

Persönliche Daten der Angehörigen

Leibliche Mutter:

Pflegemutter Adoptivmutter

Lebenspartner der Mutter:

Vor- und Nachname:	Vor- und Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:
Email:	Email:
Schulabschluss/Beruf:	Schulabschluss/Beruf:

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Leiblicher Vater:

Pflegevater Adoptivvater

Lebenspartnerin des Vaters:

Vor- und Nachname:	Vor- und Nachname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Telefon:	Telefon:
Email:	Email:
Schulabschluss/Beruf:	Schulabschluss/Beruf:

Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung <input type="checkbox"/> Unruhe, Ungeduld <input type="checkbox"/> Probleme beim Lesen, Schreiben, Rechnen <input type="checkbox"/> Schulvermeidung <input type="checkbox"/> Aggressivität <input type="checkbox"/> Erziehungsprobleme <input type="checkbox"/> <u>Sonstiges:</u>	<input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit <input type="checkbox"/> Rückzug <input type="checkbox"/> Kontaktprobleme <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit <input type="checkbox"/> Zwänge <input type="checkbox"/> Selbstverletzung <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch	<input type="checkbox"/> Einnässen <input type="checkbox"/> Einkoten <input type="checkbox"/> Tics <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Essprobleme <input type="checkbox"/> Häufige Schmerzen <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten
Können Sie die Probleme genauer beschreiben?		
Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?		
Wer hat Ihnen zur Vorstellung Ihres Kindes bei uns geraten? <input type="checkbox"/> niemand, Eigeninitiative <input type="checkbox"/> Kinder-/Jugendarzt <input type="checkbox"/> Kita <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Jugendamt <input type="checkbox"/> Andere: _____		

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Schwangerschaft und Geburt

Die wievielte Schwangerschaft war es?

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? ja nein

Wie verlief die Schwangerschaft? unauffällig auffällig:

Krankheiten: _____

Seelische Belastungen: _____

Medikamenteneinnahme: _____

Alkohol-/Drogenmissbrauch

Vorzeitige Wehen

Sonstiges: _____

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?

War einer der folgenden Eingriffe notwendig? Saugglocke Geburtszange Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen? nein ja, welche?

Geburtsgewicht:

Geburtsgröße:

Kopfumfang:

APGAR:

Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? nein ja, welche?

Säuglings- und Kleinkindalter

Gab es Schwierigkeiten im Säuglingsalter? nein ja:

Schlafprobleme

Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“)

Körperkontakt abweisend

Sonstiges: _____

Wie hat sich ihr Kind in den ersten Jahren entwickelt? unauffällig auffällig:

Sprachentwicklung: _____

Motorische Entwicklung: _____

Sauberkeitsentwicklung: _____

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Kindergarten und Schule

Besucht(e) Ihr Kind eine Kita oder Tagesstätte? nein ja:

Name, Adresse: _____

Wie verhält/verhielt sich ihr Kind dort? unauffällig auffällig:

Einschulung: regulär vorzeitig Rückstellung

Welche Schule besucht Ihr Kind aktuell?

Grundschule Oberschule Gymnasium Förderschule Berufsschule

Name, Adresse: _____

Klasse:

Name der Klassenlehrerin:

Besteht ein sonderpädagogischer Förderbedarf? nein ja, welcher?

Bisherige Klassenwiederholungen:

Geht das Kind gerne zur Schule?

im Allgemeinen ja nein hat regelrecht Angst vor dem Schulbesuch

Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:

regelmäßig

verspätet sich oft

schwänzt häufig

zeitweise keine Schule besucht: von _____ bis _____

fehlt oft, wegen _____

Gibt es Probleme beim Lernen/ bei den Hausaufgaben? nein ja, welche?

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet? nein ja, wegen welcher Fächer?

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Familie

Geschwister und andere Kinder, die in der Familie leben:

Name:	Geburtsdatum:	Probleme/Krankheiten:

Wie versteht sich das Kind mit seinen Geschwistern?

entfällt, da keine Geschwister

im Allgemeinen gut

nicht so gut mit _____ schlecht mit _____

häufigster Anlass zum Streit

Eltern:

verheiratet eheähnliche Gemeinschaft

getrennt, seit _____ geschieden, seit _____

ein Elternteil verstorben, wer? _____

Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil?

Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehung im Allgemeinen einig?

ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

Freizeit

Hat Ihr Kind Freunde? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wie viele in etwa?
Hobbys:	

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Besondere Abneigungen:

Medienkonsum: (hierzu zählen Fernsehen, Internet, Computer, Tablet, Handy, Spielekonsole und alle anderen elektronischen Medien)

_____ Stunden pro Tag an Schultagen, _____ Stunden pro Tag an freien Tagen

Alkohol-/Nikotin-/Drogenkonsum:

Krankheiten und Behandlungen

Hat Ihr Kind körperliche Erkrankungen? nein ja, welche?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? nein ja, welche?

Gibt es körperliche Erkrankungen in der Familie? nein ja, welche und bei wem?

Gibt es psychische Erkrankungen in der Familie? nein ja, welche und bei wem?

Aktuelle Behandlungen/Therapien (z.B. Ergo-, Physiotherapie, Logopädie, ambulante Psychotherapie)

Name, Adresse, seit wann?

WICHTIG! Findet gegenwärtig eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz (PIA) oder einer anderen Sozialpsychiatrischen Praxis (SPV-Praxis) statt? nein ja, wo?

Facharztpraxis

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Muldentalstraße 43 · 04288 Leipzig

Telefon: 034297/166350 · Fax: 034297/166456

kontakt@kjp-praxis-leipzig.de · www.kjp-praxis-leipzig.de



Frühere Behandlungen/Therapien (z.B. Krankenhausaufenthalte, Therapien, KJP, SPZ)

Name, Adresse, wann?

Andere Institutionen

Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet? nein ja, welche? Wer ist Ihr Sachbearbeiter?

Sind besondere Hilfen installiert (z.B. Familienhilfe)? nein ja, welche?

Hatten Sie bereits Kontakt zu anderen Beratungsstellen? nein ja, zu welcher?

War Ihr Kind jemals außerhäuslich untergebracht (z.B. in einer Wohngruppe)?

nein ja, wann und wo?

Sonstiges

Was ist Ihnen noch wichtig mitzuteilen oder zu fragen?

Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Datum:

Unterschrift:

Wir danken Ihnen für Ihre Zeit und Mühe.