

## Erstanmeldung Fragebogen Jugendliche

### Persönliche Daten des 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"/> _____
Ich lebe 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 möchtest du dich in unserer Praxis 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
Kannst du die Probleme genauer beschreiben?		
Welche Untersuchungen und Hilfen erwartest du?		
Wer hat dir zur Vorstellung 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



## Schule

Welche Schule besuchst du aktuell?

Grundschule  Oberschule  Gymnasium  Förderschule  Berufsschule

Name, Adresse: \_\_\_\_\_

Klasse:

Name der Klassenlehrerin:

Besteht ein sonderpädagogischer Förderbedarf?  nein  ja, welcher?

Bisherige Klassenwiederholungen:

Gehst du gerne zur Schule?

im Allgemeinen ja  nein  ich habe regelrecht Angst vor dem Schulbesuch

Regelmäßigkeit des Schulbesuchs:

regelmäßig

verspäte mich oft

schwänze häufig

zeitweise keine Schule besucht: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

fehle 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?

## Familie

Geschwister und andere Kinder, die in der Familie leben:

Name:	Geburtsdatum:	Probleme/Krankheiten:

## 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



#### Wie verstehst du dich mit deinen 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?

## Freizeit

Hast du Freunde?  ja  nein

Wie viele in etwa?

Hobbys:

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

Hast du körperliche Erkrankungen?  nein  ja, welche?

Nimmst du Medikamente ein?  nein  ja, welche?

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

## 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



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?

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 der Sachbearbeiter?

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

Hast du jemals nicht zu Hause gewohnt (z.B. in einer Wohngruppe)?

nein  ja, wann und 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



### Sonstiges

Was ist dir noch wichtig mitzuteilen oder zu fragen?

Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Datum:

Unterschrift:

**Wir danken für deine Zeit und Mühe.**