

GEMEINSCHAFTSPRAXIS

Dr. med. O. Hoffmeyer

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Neurologie und Psychiatrie und Psychotherapie

Dr. med. H. Denzel

Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Dr. med. M. S. Kerdar

Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Telefon: 0971-4422

Telefax: 0971-69350

Kapellenstr. 12 a

97688 Bad Kissingen

Homepage:

www.kjpp-neuro.de



Drs. med. Hoffmeyer/Denzel/Kerdar, Kapellenstr. 12a, 97688 Bad Kissingen

Fragebogen zur Erstvorstellung bei Kindern/ Jugendlichen unter 18 Jahren

Name des Kindes: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

Festnetznummer: _____ Handynummer: _____

Email-Adresse: _____

Krankenkasse: _____

Privat mitversichert bei: _____ geb. am: _____

Adresse: _____ wie Patient

Rechnung an Patient Versicherten

Unterschrift des Versicherten: _____

Das **Sorgerecht** für o.g. Patienten liegt bei

Mutter (Name, Wohnort, Telefon): _____

Vater (Name, Wohnort, Telefon): _____

beiden o. g. Personen Jugendamt

Besondere Regelungen gelten für Teile des Sorgerechts wie Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge etc.

Der getrennt lebende Sorgeberechtigte hat seine Einwilligung schriftlich erklärt, diese liegt vor.

Einwilligung wird nachgereicht bis zum _____

Wer soll einen **Bericht** (gemäß §73Abs.1bSGB) bekommen?

Hausarzt

Kinderarzt

Ich wünsche keinen Bericht

Bitte den Namen des Arztes angeben: _____

Bad Kissingen, den _____ Unterschrift: _____

Diese Zustimmung kann jederzeit widerrufen werden. Änderungen bitte umgehend bekannt geben.

Anliegen:

Bitte beschreiben Sie kurz und in wenigen Sätzen, was Sie in unsere Praxis geführt hat und welche Hilfe Sie sich zunächst wünschen:

Schulische Situation:

Das Kind besucht zurzeit: Kindergarten Förderschule Grundschule Mittelschule
 Realschule Gymnasium Ausbildung: _____

Klassenstufe: _____

Leistungsstand (Noten): Deutsch: ___ Mathe: ___ HSU/MNG: ___ Englisch: ___

Familienanamnese:

Gab es seit der Geburt des Kindes Ereignisse, die das Kind schwer belastet haben bzw. noch belasten?
(z. B. Trennungen, Todesfälle, Umzüge, Erkrankungen)

nein wenn ja, welche? _____

Gibt oder gab es in der Familie des Vaters oder der Mutter psychiatrische oder neurologische Erkrankungen?
(z. B. Depressionen, ADHS, Angsterkrankungen, Alkoholprobleme, Legasthenie, Zwänge, Epilepsie, Migräne)

nein wenn ja, welche?
mütterlicherseits: _____
väterlicherseits: _____

Alter des Vaters: _____ Schulabschluss des Vaters: _____

Beruf des Vaters: _____, zur Zeit berufstätig? ja nein
 Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

Alter der Mutter: _____ Schulabschluss der Mutter: _____

Beruf der Mutter: _____, zur Zeit berufstätig? ja nein
 Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

Hat das Kind Geschwister (oder Halbgeschwister)?

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

Derzeitige Wohnsituation:

Das Kind lebt in einer Familie mit den leiblichen Eltern

Das Kind lebt bei _____

Es besteht Kontakt zu den leiblichen Eltern? ja nein

Nach Trennung/Scheidung lebt das Kind bei Vater Mutter.

Trennung wann? _____ Scheidung wann? _____

Das Kind lebt in einer Pflegefamilie seit _____, Name der Pflegefamilie: _____

Das Kind lebt in einem Heim seit _____, Name des Heims: _____

Das Kind lebt in einer Adoptivfamilie seit _____, es weiß von der Adoption? ja nein

Gibt es Jugendamtskontakte? Wenn ja, Ansprechpartner: _____

Eigenanamnese:

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen?

nein wenn ja, welche: _____

Gab es während der Schwangerschaft schädigende Einflüsse? (z. B. Rauchen, Alkohol)

nein wenn ja, welche: _____

Zur Geburt:

Geburtsstermin: normal falls abweichend: Geburt in der _____ SSW Geburtsgewicht: _____ g
Körperlänge bei Geburt: _____ cm APGAR-Werte: _____ (siehe gelbes U-Heft)
Geburtsverlauf: ungestört verlängert Einleitung Sturzgeburt
 Kaiserschnitt Nabelschnurumschlingung
 Zange Vakuum/ Saugglocke Sauerstoffmangel
 sonstiges: _____

Gab es in der Säuglingszeit Probleme? (z. B. viel geschrien, Brutkasten, Klinikaufenthalte)
 nein wenn ja, welche: _____

Gab es bei Ihrem Kind irgendwann einmal einen Klinikaufenthalt? (z. B. wegen eines Unfalls, einer Operation, einer schweren Erkrankung)
 nein wenn ja, welche? _____

Gab/gibt es schwere oder chronische Erkrankungen bei Ihrem Kind? (z. B. Asthma, Diabetes)
 nein wenn ja, welche? _____
Regelmäßige Medikamente? _____

Leidet Ihr Kind an Allergien? nein ja, _____

Entwicklung

Motorische Auffälligkeiten? nein ja Grobmotorik Feinmotorik

Laufalter: _____ Monate

Erste Worte mit _____ Monaten

Sauberkeit: Tagsüber und nachts trocken und sauber seit dem Alter von _____ Jahren

Gab/gibt es Probleme und in welcher Häufigkeit? _____

Der Eintritt in den Kindergarten erfolgte in welchem Alter? _____ Jahre und _____ Monate

Gab/gibt es Besonderheiten im Kindergarten? Keine.

Förderkindergarten länger anhaltende Trennungsangst motorische Unruhe
 Förderkindergarten/SVE Aggressivität gegenüb. anderen Kindern Frühförderung/ Einzelintegration
 Sonstiges: _____

Die Einschulung erfolgte in welchem Alter? _____ Jahre und _____ Monate

Falls zurückgestellt, warum? _____

Bisherige Schullaufbahn

Besuch der Grundschule Besuch der Förderschule von _____ bis _____

Kinder ab 10 Jahren: Nach Grundschule Wechsel auf Mittelschule Realschule Gymnasium

Klassenwiederholungen? nein wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine psychologische, pädagogische oder schulpsychologische Testung durchgeführt? nein wenn ja, wo und mit welchem Ergebnis? _____

Kreuzen Sie bitte an, wenn Ihr Kind bereits folgende Maßnahmen erhält/erhalten hat:

Brille Ergotherapie Logopädie Erziehungsberatung Psychotherapie
 Medikamentöse Behandlung mit: _____ Dosierung: _____

Homöopathie Krankengymnastik

Förderkurs für Deutsch und/oder Mathe in der Schule Nachhilfe im Fach: _____

Wenn ja, bitte geben Sie den Zeitraum der jeweiligen Behandlung an (Dauer, Alter des Kindes):

Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme? nein

wenn ja, wie machen sich diese bemerkbar (Hausaufgaben, Schule) _____

Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv? nein

wenn ja, wie macht sich das bemerkbar (Hausaufgaben, Schule) _____

Ist Ihr Kind häufig ängstlich? nein

wenn ja, wovor oder in welchen Situationen zeigt sich dies: _____

Kommt Ihr Kind sozial gut zurecht? ja
 wenn nein, welche Probleme gibt es genau (z. B. aggressiv, Außenseiter, unruhig, wenig Freunde, Diebstähle, Lügen o. ä.)? _____

Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen und unglücklich, weint es oft?
 nein wenn ja, kennen/vermuten Sie die Gründe? _____

Zeigt Ihr Kind bisweilen Verhaltensauffälligkeiten, 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?

Haben Sie an Ihrem Kind Bewegungen oder Laute beobachtet, die wie ein „Tic“ wirken und die das 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?

Gibt es Besonderheiten im Spielverhalten (z. B. außergewöhnliche Interessen)?
 nein wenn ja, welche? _____

Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z. B. frühe körperliche Reife)?
 nein wenn ja, welche? _____

Klagt Ihr Kind häufig über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit etc.?
 nein wenn ja, worüber genau klagt Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind spezielle Schulleistungsschwierigkeiten (beim Rechtschreiben, Lesen oder Rechnen)?
 nein wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme hauptsächlich?

Wo schläft Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind Probleme bzgl. des Schlafens (z. B. Ein-/Durchschlafschwierigkeiten) oder des Essens (z. B. gesteigerter/verminderter Appetit)? _____

Welche Hobbies/ Freizeitbeschäftigungen hat ihr Kind?: _____

Wie groß ist der Medienkonsum Ihres Kindes (in durchschnittlicher Stundenzahl pro Tag)?
 Fernsehen ___ Std./Tag Smartphone ___ Std./Tag Internet ___ Std./Tag PC-Spiele ___ Std./Tag
 Spielkonsolen (z. B. Nintendo DS, Playstation, Wii) ___ Std./Tag

bei älteren Mädchen/ Jugendlichen: In welchem Alter hat die Regelblutung eingesetzt? _____
Blutung jetzt regelmäßig? _____ Einnahme der „Pille“/ andere Verhütungsmittel? _____

Ist Ihnen bekannt oder gibt es Hinweise, dass Ihr Kind Suchtmittel wie Zigaretten oder Alkohol konsumiert bzw. sonstige Drogen nimmt?
 nein wenn ja, welche Suchtmittel und wie oft? _____

Hier können Sie sonstige Dinge notieren und ergänzen, die Ihnen bzgl. Ihres Kindes oder Ihrer Familie wichtig erscheinen:

Bad Kissingen, den _____

Unterschrift des Erziehungsberechtigten