

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

damit wir im Erstgespräch mehr Zeit für Sie haben, bitten wir Sie, diesen Fragebogen mit wesentlichen Informationen schon vorher auszufüllen. Sie können den Fragebogen entweder zurückschicken oder ihn zum Erstgespräch mitbringen. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie das entsprechende Feld einfach leer.

Denken Sie daran, zum Erstgespräch die Versichertenkarte, jedes Schulzeugnis (alle Zwischen- und Jahreszeugnisse) und Behandlungsberichte mitzubringen!

Zur Familie

- Name, Vorname des Kindes:.....Geb.-Datum:.....
- Name, Vorname der leiblichen Eltern: Vater:..... Geb.-Datum:.....
Mutter:.....Geb.-Datum:.....
- Sorgeberechtigter: Eltern Vater Mutter
- Kind lebt bei Eltern Vater Mutter
- Im Fall der Elterntrennung: Seit wann leben die Eltern getrennt?
- Im Fall der Elterntrennung: Wie oft sieht das Kind den anderen Elternteil?.....
.....
- Geben Sie bitte alle Geschwister in der Reihenfolge der Geburten an:
Name, Vornamegeb. am..... Schule/Beruf.....
Name, Vornamegeb. am..... Schule/Beruf.....
Name, Vornamegeb. am..... Schule/Beruf.....
- Beruf der Mutter/Ersatzmutter, bei der das Kind lebt, und Arbeitszeit:
- Beruf des Vaters/Ersatzvaters, bei dem das Kind lebt, und Arbeitszeit:
- Leidet ein Familienmitglied an schweren Krankheiten oder nimmt häufig Medikamente ein?
.....
- Wird Ihr Kind noch von anderen Bezugspersonen als Ihnen beaufsichtigt? Wenn ja, von wem und in welchem zeitlichen Umfang?
.....

Zum Kind

- Gab es vor, während und nach der Geburt Ihres Kindes Schwierigkeiten?

.....

.....

- Gab es in den ersten 3 Lebensjahren des Kindes Auffälligkeiten, auch im Verhalten?

.....

.....

- Hat das Kind zu den üblichen Zeiten Sprechen, Laufen und Sauberkeit gelernt?

.....

- Ist ihr Kind bis heute ergotherapeutisch oder logopädisch behandelt worden? Wenn ja, wie lange und weswegen?

.....

- Was haben die Kindergärtnerinnen über Ihr Kind gesagt?

.....

.....

- Hat Ihr Kind jemals eine kurzdauernde schwere Erkrankung gehabt oder leidet es an einer chronischen Erkrankung? Nimmt es Medikamente?

.....

- Hat ihr Kind einschneidende, schlimme Erlebnisse gehabt?

.....

- Wurde Ihr Kind rechtzeitig eingeschult oder zurückgestellt?

.....

- Hat es eine Klasse wiederholt? Wenn ja, welche?

.....

- Geht Ihr Kind gerne in die Schule? Welche Fächer bereiten ihm Schwierigkeiten?

.....

- Besucht ihr Kind am Nachmittag einen Hort oder eine Tagesstätte?

.....

- Mit welcher Beschäftigung verbringt ihr Kind am liebsten seine Freizeit?

.....

.....

Datum: _____ **Unterschrift:** _____

**Praxisgemeinschaft für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie**

Bahnhofstr. 15 (Salinplatz)
83022 Rosenheim
Fax: 08031-231 35 94
www.praxisgemeinschaft-scheele-paas.de

Praxis Dr. med. Harry Scheele
Tel: 08031-231 35 95

Praxis Dr. med. Eva Maria Paas
Tel: 08031-220 45 95

Liebe Eltern,

auf Verlangen der Krankenkassen benötigen wir noch einige Auskünfte.

Name des Kindes: _____

1. Ich bin mit meinem Kind derzeit in einem Kinderarzt- oder Hausarztvertrag eingeschrieben.

- Ja (dann bitte Überweisung vom Kinderarzt oder Hausarzt mitbringen)
 Nein

2. Ich war in den letzten 3 Monaten mit meinem Kind zur Untersuchung oder Behandlung in einem Sozialpsychiatrischen Zentrum, einer psychiatrischen Institutsambulanz (meist Heckscher-Klinik), oder bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater.

- Ja, bei: _____
 Nein

3. Ich bin einverstanden, dass sie auf Anforderung einen Befundbericht an folgende Ärzte schicken:

4. Ich bin einverstanden, dass unsere Patientenunterlagen für den Vertretungsfall allen Mitarbeitern der Praxisgemeinschaft zugänglich sind.

Datum: _____ **Unterschrift:** _____