

Elternfragebogen, Praxis Dr. v. Maydell

Liebe Eltern,

wir bitten Sie, diesen Bogen soweit wie möglich auszufüllen und zum ersten Termin mitzubringen. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Vielen Dank für Ihre Hilfe.

Ausgefüllt von: **am**

Angaben zum Kind / Patient	
Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Kasse:
Aktueller Wohnort:	Telefonnummer

Angaben zu den Eltern	
Mutter	Vater
Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sorgeberechtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse falls abweichend:	Adresse falls abweichend:
Tel.:	Tel.:
Handy:	Handy:
Krankenkasse:	Krankenkasse:
Über wen ist das Kind versichert? Gibt es einen anderen Sorgeberechtigten als die Eltern?	

Geschwister des Patienten/Patientin:			
Name	Vorname	Geb.	Vorerkrankung

Haus-/Kinderärztin /-arzt Name	Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet? Bezeichnung
Adresse	Sachbearbeiter(in) / Fachkraft
Telefon	Telefon

Anlass zur Vorstellung, aktuelle Beschwerden

Wegen welcher Probleme bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter kommen Sie zu uns in die Praxis? Bitte stichpunktartig ausfüllen.

Vorbehandlung

Bisher aufgesuchte(r) Behandler/in (z.B. Kinderärztin/-arzt, Psychologische Beratungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiater(in), Physiotherapeut(in), Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie)

Name	Beruf	Wann?	Weiterhin?

Psychiatrische Klinikaufenthalt(e):

Aktuelle Medikamente (bitte exakt mit Dosierung angeben)

Name	Morgens	Mittags	Abends	Seit wann	Nebenwirkung

Frühere Medikamente (bitte exakt mit Dosierung angeben)

Name	Morgens	Mittags	Abends	von wann bis wann?	Nebenwirkung

Schwangerschaft, Geburt

Probleme in der Schwangerschaft (vorzeitige Wehen, Erbrechen, psychische Belastung).....

Konsum von Alkohol / Nikotin / Drogen in der Schwangerschaft.....

Bitte aus dem gelben Vorsorgeheft übertragen:
Geburt nach wie viel Schwangerschaftswochen:

Apgarwerte: / /

Gewicht: Größe: Kopfumfang:

Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindesalter

In welchem Alter (Monaten) beherrschte Ihr Kind folgende Fähigkeiten?

Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	

KITA / Kindergarten

KITA / Kindergartenbesuch von - bis (Alter):

Gibt oder gab es Verhaltensauffälligkeiten, welche Ihnen während der Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen machen / machten?

Schule

Aktuelle Schule:

Klasse:

Hat Ihr Sohn/ Ihre Tochter eine Klasse wiederholt? ja, dieKlasse

Schulwechsel:

Welche Stärken hat Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Schule?

Welche Schwierigkeiten gibt es in der Schule?

Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen des Kindes :

Spielvorlieben, Freizeitaktivitäten:

Talente und Interessen:

Andere positive Eigenschaften und Kompetenzen (z.B. Humor, Begeisterungsfähigkeit):

Religiöse Orientierung:

Medienkonsum

Welche Medien hat Ihr Sohn / Ihre Tochter zur Verfügung

- Handy/Smartphone Konsole TV im eigenen Zimmer Sonstige

Medienkonsum insgesamt in Std./Tag

Machen Sie sich Sorgen wegen des Medienkonsums?:

Gibt es Probleme bei Ihrem Kind in folgenden Bereichen?

Problembereich	Ja	nein	Beschreibung
Kontaktverhalten (z.B. scheu, distanzgemindert)			
Aggressivität			
Intelligenzprobleme, Lernstörung, Sprachstörung			
Aktivität und Aufmerksamkeit (Impulsivität, gesteigerte Aktivität, Unaufmerksamkeit)			
Ängste (z.B. Trennungsangst, soziale Angst)			
Stimmung (z.B. depressiv, interesselos, euphorisch)			
Suizidalität / Selbstverletzung			
Essverhalten			
Körperliche Beschwerden (Appetit, Erbrechen, Einnässen, Einkoten, Schlaf)			
Denken und Wahrnehmung (umständlich, Halluzination, Wahn)			
Auffällige Bewegungen (z.B. Tics)			
Zwänge (z.B. Symmetrie, Zählen)			
Sonstiges			

Drogen:

Droge	Konsum pro Woche /Monat	Missbräuchlicher Konsum (Langzeitfolgen, Intoxikation)
Alkohol		
Nikotin		
Cannabis		
Andere (LSD, Ecstasy, Valium, Opiate)		

Gab es folgende Untersuchungen bei ihrem Kind?

Untersuchung	Wann zuletzt	Auffälligkeit?
Ekg		
Blutabnahme		
EEG		
MRT /CT Gehirn		

Familiensituation

Schulabschluss der Mutter:

Erlerner Beruf der Mutter:

Aktuell ausgeübter Beruf der Mutter:

Schulabschluss des Vaters:

Erlerner Beruf des Vaters:

Aktuell ausgeübter Beruf der Mutter:

Was trifft für Ihre Familie zu?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern leben seit Geburt des Kindes zusammen | <input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt seit..... |
| <input type="checkbox"/> Eltern sind geschieden seit..... | <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft d. Vaters seit..... |
| <input type="checkbox"/> Mutter / Vater alleinerziehend seit | <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft d. Mutter seit..... |

Gab es in der Entwicklung des Kindes belastende Lebensereignisse?

.....

.....

Medizinische Vorerkrankungen beim Kind und in der Familie

Gibt es medizinische Probleme beim Kind oder in der Familie? Bitte ggf. näher ausführen

Erkrankung	Kind	Vater	Mutter	Geschwister
Schilddrüse				
Herz /Kreislauf				
Gerinnung (Thrombose, Blutungsneigung)				
Allergie				
Psyche (z.B. Depression, Sucht, Psychose, Angst, Zwang)				
Tumor				
Niere/Harnwege				
Nervensystem (z.B. Epilepsie)				
Sehschwäche				
Hörschwäche				
Stoffwechsel (Diabetes, Übergewicht)				
Atmung (z.B. Asthma)				
Sonstiges				