

**(VON ELTERN AUSZUFÜLLEN! – Bitte in Blockschrift)**  
**Angaben zur Patientin/ zum Patienten**

Name Patient(in):  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
Anschrift:

Krankenkasse:  
Kindergarten/Schule/Arbeitsplatz:  
(Name/Adresse):

Klasse:  
Lehrkraft:

Telefon Familie (Festnetz):  
(Haushalt in dem Pat. lebt)

Telefon dienstlich (Mutter/Vater):  
Telefon mobil (Mutter/Vater):  
e-mail (Elternteil, bei dem Patient/in lebt):

**Jugendamt /Erziehungsbeistand:**  
Ansprechpartner (Name), Tel.-Nr.:

**Angaben zu den Eltern/ Bezugspersonen**

Sorgerecht: beide  Nur Mutter  Nur Vater  Eltern getrennt lebend

**Unterschrift Sorgeberechtigte(r):** \_\_\_\_\_

Mutter  
Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
Anschrift/Tel.-Nr., wenn abweichend:

Vater  
Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
Anschrift/Tel.-Nr., wenn abweichend:

**Hausarzt/-ärztin:**

Name, Anschrift:

**Kinderarzt/-ärztin:**

Name, Anschrift:

ÜW  HA/ KA (Quartal: / )

**Folgendes wird von Praxis ausgefüllt:**

Überweisungsdiagnose(n):

Diagnose(n) der Praxis:

Verdachtsdiagnose(n):

Gesicherte Diagnose(n):

Behandelnde(r) Ärztin/ Arzt: Dr. Bonhag

Arztbrief(e):

# Elternfragebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt von Mutter  Vater  anderer Bezugsperson

**Wichtig:**

Wurde Ihr Kind **in diesem Quartal** bereits an anderer Stelle mit sozialpsychiatrischer Versorgung, d.h. beispielsweise bei einem Kinderpsychiater, in einer Institutsambulanz einer Kinderpsychiatrie, einem sozialpädiatrischem Zentrum oder in einer anderer sozialpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt?

Nein  Ja  Name d. Einrichtung : \_\_\_\_\_ **Unterschrift Elternteil:** \_\_\_\_\_

(Bitte auch bei „Nein“ unterschreiben!!)

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen...)?

Nein  Ja , folgende:

\_\_\_\_\_

Laut **Vorsorgeheft (gelbes U-Heft, Seite 1/2):**

Geburt in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Spontan  Kaiserschnitt

Komplikationen bei Geburt?

Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Wert: \_\_\_\_\_

Frühkindliche Entwicklung:

Motorische Entwicklung:

zeitgemäß  verzögert

Freies Laufen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Sprachentwicklung:

zeitgemäß  auffällig (z.B. verzögert,

Probleme mit einzelnen Lauten /Satzfehlstellung)

Logopädie (Sprachheiltherapie)

Sauberkeitsentwicklung:

Komplett sauber mit \_\_\_\_\_ Jahren

nässt noch ein (tags / nachts)

kotet noch ein

Kindergartenbesuch:

Nein  Ja, ab dem Alter v. \_\_\_\_\_ Jahren

Regelkindergarten

Andere Einrichtung \_\_\_\_\_

Verhaltensauffälligkeiten dort ?

Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

Feste Freundschaften? Ja  Nein

Schulbesuch:

Einschulung im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Zurückstellung? Nein  Ja

Einschulung in der Grundschule

Andere Einrichtung ( z.B. Förderzentrum /Montessorischule /Waldorfschule ...)

Welche: \_\_\_\_\_

Derzeit Besuch der \_\_\_\_\_ Klasse

Schulform ? (z.B. Grund-/Hauptschule...)

\_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der Schule:

Nein  Ja, folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Feste Freunde in Klasse? Ja  Nein

Freizeitgestaltung:

Hobbies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familiensituation:

- Leibliche Eltern leben zusammen  
 Leibliche Eltern getrennt  
 Ein Elternteil verstorben

Mutter berufstätig ? Ja  Nein

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Vater berufstätig ? Ja  Nein

Erlerner Beruf ? \_\_\_\_\_

Vorgestelltes Kind hat **leibliche** Geschwister:

Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_

Erhält Ihr Kind derzeit eine regelmäßige Medikation (z.B. Asthma-Medikation, AD(H)S-Medikation ...)?

Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

Frühere längerfristige Medikation:

Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

Chronische Erkrankungen bei **leiblichen**

Geschwistern / Eltern / Blutsverwandten? (z.B. Diab. mellitus, AD(H)S, Asthma bronchiale...)

\_\_\_\_\_

Besteht eine chronische Vorerkrankung beim hier vorgestellten Kind? (z.B. Asthma, Epilepsie...)

Nein  Ja, folgende:

\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon einmal in der Klinik stationär behandelt?

Nein

Ja, aus folgendem Grund:

\_\_\_\_\_

Bisherige Therapien und Hilfsmaßnahmen:

- Ergotherapie  
 Logopädie  
 Psychomotorik  
 Krankengymnastik  
 Frühförderung  
 Psychotherapie  
 Legasthenietherapie/ Dyskalkulietherapie

Welche der o.g. Maßnahmen läuft aktuell noch?

\_\_\_\_\_