

Elternfragebogen



Dr. Ina Dieffenbach
Sozialpsychiatrische Praxis
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Dr. Ina Dieffenbach
Stratmanns Weg 13
45731 Waltrop

Telefon: 02309 / 543 90 60
Telefax: 02309 / 543 90 69
E.- Mail: info@dr-dieffenbach.de
www.dr-dieffenbach.de

St.- Nr.: 340/5061/1362
Deutsche Bank
IBAN: DE88 3607 0024 0399 0819 00

für die Vorstellung von Kindern / Jugendlichen in der Praxis
für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

Name des Kindes:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) und auf die Differenzierung in Kind / Jugendlicher verzichtet.

Geschlecht: weiblich männlich divers

Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Straße und Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon:

Mobil:

E.- Mail- Adresse:

Überweisender Kinder- (Haus-) Arzt:

Krankenkasse: versichert durch:

geb. Datum der/ des Versicherten:

Wurde Ihr Kind schon einmal in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Klinik vorgestellt?

nein ja ambulant stationär wo:

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

Vater, Vor- und Zuname:

Mutter, Vor- und Zuname:

andere Person, welche?

Ausfallgebühr

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass abgesprochene Termine, die nicht in Anspruch genommen werden können, baldmöglichst abgesagt werden sollen, spätestens aber 24 Stunden vorher.

Wenn ein abgesprochener Termin durch mich nicht abgesagt und auch nicht wahrgenommen wird, entsteht eine Ausfallgebühr von 60,- Euro.

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich mit dieser Regelung einverstanden bin:

Ort

Datum

Unterschrift

Für eine erfolgreiche Behandlung sind für mich einige Informationen erforderlich und hilfreich.

Ich sichere Ihnen zu, dass ich alle Angaben streng vertraulich behandeln werde!

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an.

Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten möglich, andere Fragen werden vielleicht nicht auf Ihr Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben.

In diesen Fällen schreiben Sie Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Bitte bringen Sie auch das gelbe Vorsorgeheft und vorhandene Berichte anderer Untersuchungen/ Institutionen sowie Zeugnisse mit.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Da zu einer umfassenden Beurteilung Ihres Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche und emotionale Entwicklung wichtig sind, bitte ich Sie, die folgenden Fragen zu beantworten.

I. Familiäre Situation

1. Beruf des Vaters / Stiefvaters / derzeitige Tätigkeit:

	Geburtsdatum:

2. Beruf der Mutter / Stiefmutter / derzeitige Tätigkeit:

	Geburtsdatum:

3. Familiäre Situation:

Mutter und Vater verheiratet, seit?

Mutter / Vater verstorben, seit?

Mutter / Vater krank, seit?

getrennt / geschieden, seit?

Sorgerecht liegt bei?

Kind lebt bei?

Besuchskontakte zu wem, wie häufig?

wiederverheiratet, wer, seit?

nichteheliches Kind?

Kind wurde adoptiert im Alter von?

Pflegekind seit?

Kind lebte im Heim von bis

Sonstiges

Welche Personen betreuen Ihr Kind?

4. Geschwister (Name / Geburtsdatum):

--

5. Besteht eine Hörschädigung oder Sehschädigung bei Eltern oder Geschwistern

nein ja, bei wem?

Falls ja, nutzen Sie Gebärdensprachdolmetscher? ja nein

6. Wohnverhältnisse

- ausreichend
- ungünstige, beengte Verhältnisse
- Kind teilt sich ein Zimmer mit
- häufiger Wohnungswechsel

7. Finanzielle Situation:

- zufriedenstellend
- ausreichend
- belastend

8. Wurde jemand aus der Familie Ihres Kindes wegen Ängsten, Depressionen, Ess-, Alkoholproblemen, Drogen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt?

Oder hat/hatte jemand solche Probleme, aber sucht/suchte keine Hilfe auf?

- ja nein

Wenn ja, wer? Bitte näher beschreiben:

II. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

9. Wie verlief die Schwangerschaft ? normal
 mit Komplikationen

10. Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:

11. Wie verlief die Geburt? normal, Geburtsgewicht:
 Frühgeburt APGAR Werte
 Komplikation (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, blau im Gesicht usw.)

12. In welchem Alter lernte Ihr Kind laufen?

13. Erfolgte eine krankengymnastische / ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung?

- nein ja, was? Von – bis wann?

14. Wann lernte Ihr Kind sprechen?

Besteht ein Hörschaden?

- nein ja, welcher Art?

15. Erfolgte eine Sprachtherapie?

- nein ja, von – bis wann?

16. Besteht eine Sehschwäche?

- nein ja, trägt Ihr Kind eine Brille seit:

17. Wann war Ihr Kind sauber?

Wann war Ihr Kind tagsüber sauber?

Wann war Ihr Kind nachts trocken?

18. Beginn der Pubertät?

befindet sich noch in der Pubertät

im Alter von

erste Monatsblutung im Alter von

19. Leidet Ihr Kind an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Asthma, Allergien, usw.) oder neurologischen Erkrankungen (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen / angeborenen Erkrankungen?

nein ja, seit wann? Welche?

20. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein ja, seit wann? Welche?

21. War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

nein ja, wann ? Im Alter von? Krankheit? Operation?

22. Hat Ihr Kind schon einmal einen Unfall erlitten?

nein ja, wann? Art des Unfalls?

III. Kindergarten und Schule

23. Wie ist / war das Verhalten im Kindergarten?

besucht(e) Ihr Kind keinen Kindergarten, weil:

ohne Probleme

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:

Nur falls noch Kindergartenkind:

24. Name des Kindergartens?

Bitte angeben, ob dies ein Regelkindergarten, ein heilpädagogischer, ein integrativer, ein Sprachheilkindergarten, o. ä. ist:

Wenn Ihr Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie mit Frage 34 weitermachen ...

25. Ihr Kind besucht z. Z. folgende Schule / folgenden Schultyp

- Vorschule Grundschule Gemeinschaftsschule
 Hauptschule Realschule Gymnasium Gesamtschule
 Förderschule mit dem Schwerpunkt:
 Emotionale und soziale Entwicklung Geistige Entwicklung
 Hören und Kommunikation Körperliche und motorische Entwicklung
 Lernen Sehen Sprache

Name und Ort der Schule?

Name des Lehrers / der Lehrerin?

Welche Klasse?

26. Wie verlief die Schullaufbahn?

- eingeschult am
 Vorschule besucht
 verspätete Einschulung wegen:
 vorzeitige Einschulung
 Wiederholung der Klasse
 Klasse übersprungen
 Schulwechsel im Jahre:
 zeitweise keine Schule besucht

von bis

wegen

27. Geht Ihr Kind gern zur Schule?

- ja, geht regelmäßig
 erscheint unterfordert überfordert
 hat keine Lust
 verspätet sich oft
 hat regelrecht Angst vor der Schule
 schwänzt die Schule
 fehlt oft wegen:

28. Welche besonderen schulischen Interessen hat Ihr Kind?

29. Welche Fächer fallen Ihrem Kind schwerer?

30. Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

nein ja, wegen?

--

31. Was beanstanden die Lehrer besonders an den Leistungen und / oder am Verhalten Ihres Kindes? (Bitte in Stichworten)

32. Welche Eigenschaften/ Verhaltensweisen fallen positiv auf und werden gelobt?

33. Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben Ihres Kindes?

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1–6:

--

- muss meistens dazu besonders aufgefordert werden
- trödelt und ist unkonzentriert
- arbeitet nachlässig
- Ihrem Kind muss ständig geholfen werden
- verschweigt oft, dass es Hausaufgaben auf hat
- weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen

34. Dauer der Hausaufgaben?

--

35. Wer betreut Ihr Kind dabei?

--

Falls Lern- und Leistungsschwierigkeiten bestehen, bitte die Beurteilung / das Zeugnis mitbringen!

IV. Freizeit - Freunde – Fähigkeiten

36. Ist Ihr Kind in einer Kinder-, Jugendgruppe oder einem Verein?

nein ja, in

--

37. Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu seinen Freunden ein (außerhalb von Kindergarten und Schule)?

- spielt mit den Kindern
- hat 1 bis 2 gute Freunde
- hat keine Freunde
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
- verabredet sich oft / wenig?
- hat Schwierigkeiten, weil

38. Welche besonderen Neigungen/ Hobbys hat Ihr Kind?

39. Worin sehen Sie seine besonderen Fähigkeiten?

40. Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

- mit Freunden
- beschäftigt sich mit:
- Fernsehen / wie viele Stunden täglich?
- Computer / Videospiele ((Wii, Notebook, Smartphone, Netzwerke (TikTok, YouTube o.ä.))
Wie viele Stunden täglich?
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich

Nun würde ich gerne einen Überblick darüber bekommen wollen, was Sie zu mir führt.

V. Gründe der Vorstellung

41. Was sind die aktuellen Gründe, meine Praxis aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt Ihr Kind? (Bitte in Stichworten)

42. Wann ist dieses Verhalten / sind diese körperlichen Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?

- ganz allmählich etwa mit Jahren beginnend
 plötzlich im Alter von Jahren

43. Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

- nein ja, welche?

44. Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn sich Ihr Kind an bestimmten Orten aufhält? Zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

- häufiger bzw. stärker, wenn:

- seltener bzw. schwächer, wenn:

45. Für wen ist dieses Verhalten Ihres Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

46. Wie haben Sie bisher auf das genannte Verhalten Ihres Kindes reagiert?

47. Wie haben für Ihr Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, Erzieher/Innen, Lehrer/Innen, usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

48. Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens schon mal an andere Stellen gewandt (z.B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychologe, Haus- oder Kinderarzt, Schule, sonstige Stellen)?

49. Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?
Mit welchem Erfolg?

50. Wer hat mich empfohlen? Und mit welcher Erwartung an uns?

51. Welche Erwartungen haben Sie, wenn man jetzt und in Zukunft auf das Verhalten Ihres Kindes Einfluss nehmen könnte?

52. Wie könnte eine Unterstützung meinerseits aussehen, um die aktuelle Problematik zu bearbeiten?

53. Was gefällt Ihnen an Ihrer Tochter/ Ihrem Sohn besonders?

54. Was sollte sich durch die Therapie auf keinen Fall verändern?

Es folgen nun einige Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, in denen Kinder und Jugendlichen eventuell Schwierigkeiten oder Probleme haben können. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen, damit ich mir ein umfassendes Bild machen kann.

55. Ist Ihr Kind oft unruhig und / oder fällt es ihm schwer, sich ruhig zu verhalten?
 In welchen Situationen verhält es sich unkonzentriert? (zu Hause, in der Schule, Freizeit)?
 nein ja, seit wann?
56. Kommt es bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn sehr häufig vor,
 dass es trotzig ist und Erwachsene oder Kinder ärgert?
 Wenn ja, in welchen Situationen und wem gegenüber?
 nur zu Hause gegenüber Mutter / Vater / Geschwistern
 nur in der Schule gegenüber Mitschülern/Lehrern
 im Freizeitbereich
 überall
 nein
57. Hat sich Ihr Kind in der Schule oder seiner Freizeit
 aufgrund seines Fernseh-, PC-, oder Medienkonsums verändert?
 ja nein
58. Ist im Zusammenhang mit Ihrem Kind schon einmal der Begriff „Autismus“ benutzt worden?
 ja nein
59. Hat Ihr Kind große Schwierigkeiten, Kontakte, Gespräche und Aktivitäten zu Gleichaltrigen aufzunehmen?
 ja nein
60. Zeigt Ihr Kind immer wiederkehrende Verhaltensmuster (Lecken, Riechen, Befühlen von Gegenständen)
 oder spezielle Interessen, die Ihnen eher merkwürdig vorkommen?
 ja nein
61. Kommt es vor, dass Ihr Kind tagsüber oder nachts einnässt?
 ja nein
 war schon einmal länger als 6 Monate hintereinander trocken (nach dem 5. Lebensjahr)
 nässt tags ein, seit ca. x pro Woche
 nässt nachts ein, seit ca. x pro Woche
 nahm/ nimmt welche Medikamente:
 Welche medizinischen Untersuchungen erfolgten nach dem 5. Lebensjahr?
62. Kommt es vor, dass Ihr Kind tagsüber oder nachts einkotet?
 ja nein
 kotet tags ein, seit ca. x pro Woche
 kotet nachts ein, seit ca. x pro Woche
 Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt?

63. Ist Ihr Kind sehr aggressiv oder ungehorsam anderen Personen gegenüber?
Zeigt Ihr Kind Verhaltensauffälligkeiten in Form von Wutausbrüchen, Einbruch oder Diebstahl, Schlägereien, Beschädigungen von Gegenständen, Eigen- oder Fremdgefährdung, Tierquälerei, Weglaufen, Zündeln etc., sexuelle Übergriffe, o.ä.? Wenn ja, bitte in Stichworten beschreiben:

64. Trinkt Ihr Kind Alkohol?
 nein ja, wie viel und wie häufig pro Woche?

--

65. Raucht Ihr Kind?
 nein ja, wie viel und wie häufig pro Tag?

66. Nimmt Ihr Kind irgendetwas (Medikamente, Drogen)
um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?
 nein ja, wie viel und wie häufig pro Tag?

67. Gab es schon einmal eine Zeit, in der Ihr Kind über eine längere Zeit hinweg
in seiner Stimmung deutlich verändert war?
 nein ja, seit wann, wie lange? Bitte beschreiben.

- traurig, bedrückt
- ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem
- interesselos an den meisten Dingen
- unangemessen fröhlich
- schläft sehr viel/ sehr wenig
- isst sehr viel/ sehr wenig
- kann sich schlecht konzentrieren
- fühlt sich schuldig
- fühlt sich wertlos

68. Spricht Ihr Kind öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will, oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbsttötungsversuch begangen?
 nein ja, bitte näher beschreiben:

69. Hat Ihr Kind große Angst oder Befürchtungen und / oder reagiert es bisweilen panisch?
 nein ja, seit wann, wie lange? Bitte beschreiben:

- Angst sich zu trennen, von wem?
- Angst, dass jemandem etwas zustößt. Wem?
- körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen?
- Angst vor bestimmten Dingen
- Angst vor bestimmten Orten, z.B. Geschäften, Fahrstühlen, Menschenmengen
- Befürchtungen, dass es einen Angstanfall bekommen könnte
- sehr ängstlich, aufgeregt, nervös, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist.

70. Fallen Ihnen im Verhalten Ihres Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf oder besteht es darauf, dass bestimmte Abläufe / Rituale erfolgen? oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?
 nein ja, seit wann, wie oft? Bitte näher beschreiben:

Ihr Kind:

- wäscht sich immer wieder die Hände
- kontrolliert immer wieder ...
- wiederholt immer wieder ...
- berichtet von immer wiederkehrenden Gedanken, Vorstellungen
- macht sich mehr Sorgen als eigentlich nötig wären (worüber / um wem?)

71. Haben Sie den Eindruck, dass sich Ihr Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte körperliche Verletzung, sexueller Übergriff, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemand Anderem so etwas geschehen ist?
 nein ja, wann, was? Bitte beschreiben:

72. Hat es schon einmal eine Zeit gegeben in der Ihr Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z. B. hören oder sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerken?

nein ja, bitte beschreiben:

73. Wenn möglich, geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht Ihres Kindes an.

cm kg

74. Sind Sie mit dem Gewicht zufrieden?

ja

wiegt zu wenig

hat stark abgenommen

kg, innerhalb von

hat stark zugenommen

kg, innerhalb von

75. Machen Sie sich Sorgen um das Essverhalten Ihres Kindes?

nein, wenn ja: seit wann?

isst zu viel

isst zu wenig

nimmt Abführ- oder Diätmittel ein

erbricht nach der Mahlzeit

hat Essanfälle oder Heißhungerattacken

76. Klagt Ihr Kind häufiger über körperliche Beschwerden?

nein ja, seit wann, wie oft, in welchen Situationen?

Ihr Kind hat

Kopfschmerzen, Häufigkeit?

Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen; Häufigkeit?

Tics (Blinzeln, Augen rollen, Kopf werfen, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.) Häufigkeit?

sonstige Beschwerden?

