



PRAXIS

ANDREA APEL

FACHÄRZTIN FÜR KINDER- UND JUGEND-
PSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Elternfragebogen - ausgefüllt von.....

Datum:

Kind / Jugendlicher:

Name:	Adresse:
Geburtsdatum:	Schule:
Staatsangehörigkeit:	Klasse:
Sorgerecht:	Klassenlehrer:
Krankenversicherung:	(mit wem versichert):
Kinder- oder Hausarzt: (Adresse)	

Leibliche Mutter

Leiblicher Vater

Name:	Name:	
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:	
Adresse:	Adresse:	
Telefon / Handy:	Telefon / Handy:	
Beruf:	Beruf:	
Die Eltern sind	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit	<input type="checkbox"/> zusammenlebend <input type="checkbox"/> geschieden seit

Adoptiv-, Pflege- oder Stief- Mutter

Adoptiv-, Pflege- oder Stief- Vater

Name:	Name:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Adresse:	Adresse:
Telefon / Handy:	Telefon / Handy:
Beruf:	Beruf:

Elternfragebogen zur Entwicklung des Kindes:

Gab es schwere Störungen im Schwangerschaftsverlauf?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?
Der Geburtstermin war:	<input type="radio"/> normal <input type="radio"/> zu früh in der Woche <input type="radio"/> zu spät in der Woche
Gab es schwere Störungen im Geburtsverlauf?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?
Das Kind hatte bei der Geburt:	Gewicht: Gramm Größe: Zentimeter
Das Kind war nach der Geburt gesund:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein, es gab folgende Probleme
In welchem Alter lernte Ihr Kind laufen?Jahre.....Monate
Wann wurde es sauber?Jahre.....Monate
Wann wurde es tagsüber trocken?Jahre.....Monate
Wann wurde es nachts trocken?Jahre.....Monate
War die Sprachentwicklung altersgemäß?	
Besucht(e) Ihr Kind einen Kindergarten?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, von bis..... Jahre
Erfolgte die Einschulung zeitgerecht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> vorzeitig <input type="radio"/> zurückgestellt, wegen?
Besucht das Kind eine Nachmittagsbetreuung?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wo?
Gab es schwere Erkrankungen, Unfälle?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann?
Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen, wenn ja welche?	
Nimmt Ihr Kind Medikamente ein	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?
Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, warum?

Elternfragebogen zur Familie:

Geschwister:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

Gibt es schwere familiäre Belastungen? (Erkrankungen, Behinderungen, Todesfälle, Gewalt usw.)

	Wann

War oder ist das Kind außerhalb der Familie untergebracht?

Wo	Wann

Gab es bereits andere Untersuchungen / Beratungen wegen einer psychischen Problematik, Entwicklungsverzögerung oder Verhaltensauffälligkeit?

Wo	Adresse	Wann
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie		
<input type="checkbox"/> Psychologische Beratungsstelle		
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
<input type="checkbox"/> Klinikambulanz		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst		
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
<input type="checkbox"/> sonstige		

Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet?

Bezeichnung:	Name des Sachbearbeiters:
Adresse:	Telefon: