

Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie Himberg

Dr. Baug, Dr. Petrzelka, Dr. Pitnik

Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Elternfragebogen

Ausfülldatum:

Ausgefüllt von:

Name des **Kindes/Jugendlichen**:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

Adresse:

.....

Telefonnummer des Kindes/der Jugendlichen/des Jugendlichen:

.....

ev. Mail:

Hausarzt/Kinderarzt:

Vorstellungsgrund (Bitte geben Sie möglichst detailliert an, warum Sie eine Untersuchung wünschen!):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Name der **Mutter**:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

Adresse:

.....

Telefon:

Mail:

Ausbildung/Beruf, (wieviel Stunden arbeitend/Woche?):

Name des **Vaters**:

Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer:

Adresse:

.....

Telefon:

Mail:

Ausbildung/Beruf, (wieviel Stunden arbeitend/Woche?):

Obsorgeträger:

O Beide Elternteile O Mutter O Vater O Sonstige:

Kind lebt bei:

O Beide Elternteile O Mutter O Vater O Sonstige:

Kontaktregelung bei getrennt lebenden Obsorgeträgern:

Familienstand:

Eltern sind O Verheiratet O in Lebensgemeinschaft seit:

O Getrennt mit

Ersatzeltern/Bezugspersonen (zB bei Pflegekindern; Kindern, die in einer Wohngruppe leben):

Name:

Geburtsdatum:

Telefon:

Mail:

Beruf:

Ev. Anmerkungen zum Beziehungsverhältnis, wie lange?, usw.....

.....

Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister):

Name: Alter:

Name: Alter:

Name: Alter:

Name: Alter:

Name: Alter:

Entwicklung:

Schwangerschaft:

Geplant O ja O nein Erwünscht O ja O nein

Verlauf der Schwangerschaft: O unauffällig O auffällig

Welche Schwierigkeiten? O Erbrechen/Übelkeit O Blutungen

O Gestose O Infektion O psychische Belastung

O Andere:

Geburt:

Geburt in der SSW (Schwangerschaftswoche) Alter der Mutter bei der Geburt:

O unauffällig O auffällig O geplanter Kaiserschnitt

APGAR (Zahlenwert, 3 Zahlen, Mutter-Kind-Pass): __ __ __

Welche Schwierigkeiten? O Wehenstillstand O lange Geburtsdauer

O Zangen- oder Saugglockengeburt O Not-Kaiserschnitt

O Andere:

Komplikationen nach der Geburt/postpartale Phase:

Beim Kind:

Bei der Mutter:

Entwicklung des Kindes:

1. Schlafverhalten:

O unauffällig

O auffällig

Probleme: O beim Einschlafen O beim Durchschlafen

O Aufschreien in der Nacht O Angstträume

O Andere:

wenn ja, ca. in welchem Alter:

Wo schläft das Kind derzeit (bei den Eltern, alleine im Zimmer)?

2. Motorische Entwicklung

Freies Sitzen: Alter:

Krabbeln: Alter:

Freies Gehen: Alter:

3. Sprachentwicklung:

Erste Worte: Alter: Erste kurze Sätze: Alter:

Muttersprache ist Kind wird mehrsprachig erzogen, nämlich.....

4. Sauberkeitsentwicklung

Sauberkeit tagsüber: Alter:

Sauberkeit nachts: Alter:

Aktuelle Probleme: O nein O ja, welche?

(z.B.: Einnässen, Einkoten, ...)

Kontakt/Sozialverhalten

Auffälligkeiten: O nein O ja

Wenn ja, bitte beschreiben:

Kindergarten- und Schulausbildung:

Krippe:

Name/Ort:

Wieviele Stunden/Woche? Alter (von-bis):

Kindergarten:

Name/Ort:

O ganztags O halbtags Alter (von-bis):

O ging gerne hin O ging nicht gerne hin O Schwierigkeiten bei der Eingewöhnung

O Kindergarten-Wechsel: O nein O ja – wann/warum:

O Auffälligkeiten: O nein O ja, zb:

O wenig Kontakt zu anderen Kindern O beteiligt sich nicht an Gruppenaktivitäten

O kann sich nicht gut an Regeln und Grenzen halten

O Andere Auffälligkeiten:

VORschule:

O nein O ja, warum?

Name/Ort:

Volksschule:

Name/Ort:

Schulwechsel: O nein O ja – wann/warum:

Auffälligkeiten: O nein O ja – bitte beschreiben:

Aktuelle Schule:

Name/Ort:

Klasse: wieviertes Schulbesuchsjahr:

gab es Schulwechsel?: O nein

O ja, warum:

Musste eine Klasse wiederholt werden? O nein O ja, welche?

Schulleistung: O überdurchschnittlich O durchschnittlich O unterdurchschnittlich

Schulische Schwierigkeiten: O nein

O ja – bitte beschreiben:

Aktuelle Ausbildung (Lehre,...):

.....

Soziale Kontakte/Freizeitgestaltung/Medienkonsum:.....

.....

.....

Krankheiten/Operationen

..... Alter.....

..... Alter.....

..... Alter.....

Aktuelles Schlafverhalten/aktueller Appetit:

.....

Allergien/regelmäßige Medikamenteneinnahme

.....

.....

Bisherige Behandlungen (zB: Psychotherapie, Psychologische Behandlung, Klinisch-psychologische Diagnostik, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, fachärztliche Abklärungen,...):

.....

.....

.....

Absageregulung

Wenn Sie einen Termin in unserer Ordination nicht wahrnehmen können, ersuchen wir um frühmöglichste Absagen (telefonisch, oder per Mail), damit wir Patienten behandeln können, die schon dringend auf einen Termin warten.

Bei Absagen bis zu 24 Stunden im Voraus entstehen keine Kosten.

Bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass wir Ihnen bei späteren Absagen, oder bei Nichterscheinen ein Ausfallshonorar von € 50 / 30 Min. in Rechnung stellen müssen.

Ersttermin 90 Min. - € 150,-

Kontrolltermin 60 Min. - € 100,-

Kontrolltermin 30 Min. - € 50,-