

**LWL-Klinik Dortmund
- Elisabethklinik -**

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Marsbruchstr. 162a, 44287 Dortmund



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

 **Fragebogen**

Persönliche Daten:

Nachname des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

Vorname des Kindes: _____ **Geschlecht:** _____

Adresse: _____ **Geburtsort:** _____

_____ **Nationalität:** _____

Telefon: _____ **Konfession:** _____

Kind lebt bei (z. B. Mutter, Pflegeeltern, Heim etc.): _____

Sorgeberechtigt ist: _____

Name und Adresse des Haus- oder Kinderarztes: _____

Krankenkasse (immer angeben): _____

versichert über (Name): _____ **Geburtsdatum:** _____

Arbeitgeber des Versicherten: _____

Vater (immer angeben):

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegevater:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Mutter (immer angeben):

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegemutter:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Geschwister, Halb-, Stief-, oder Pflegegeschwister:

Name, Alter, Schultyp, Besonderheiten in der Entwicklung: _____

Entwicklung:

Schwangerschaft (körperlicher oder seelischer Verlauf): _____

Geburt (Länge, Gewicht, Kopfumfang, Besonderheiten, APGAR-Werte): _____

Wurde das Kind gestillt – wie lange? _____

Frühkindliche Entwicklungsschritte des Kindes

Wann saß es? _____ Wann stand es? _____ Wann lief es? _____

Erste Worte (Wann?): _____

Wann war das Kind sauber? _____

Bei Mädchen: Regelblutungen – seit: _____

Auffälligkeiten in der Kleinkindzeit und im Kindergartenalter: _____

Kindergartenbesuch ab: _____ bis: _____

Rückmeldungen von den Erziehern/-innen _____

Schule:

Name und Anschrift der Schule: _____

Name der Lehrer/-innen: _____

Welche Klasse wird z.Zt. besucht: _____

Wann eingeschult: _____

Schulische Leistungen: _____

Umschulungen: _____

Schulische Verhaltensprobleme: _____

Körperlich:

Kinderkrankheiten: Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken

Impfungen: Tetanus, wann zuletzt: _____

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken

Schwere Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen; wann, wie lange): _____

Appetit: _____ Schmerzen: _____

Krämpfe: _____ Unfälle: _____

Anfälle: _____ Allergie: _____

Wurden/Werden z.Zt. Medikamente verabreicht: _____

Drogenkonsum: Alkohol Nikotin Cannabis Amphetamine Kokain _____

EEG-Untersuchung (wann, wo): _____

An welche Einrichtung (z.B. Arzt, Klinik, Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt) haben Sie sich bisher gewandt, ist bereits eine ambulante oder stationäre Psychotherapie erfolgt? Adresse, Jahreszahl: _____

Welches Jugendamt ist zuständig? _____

Beobachten Sie an Ihrem Kind z.Zt. (bitte ankeuzen):

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Aggressivität gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> | Lese-Rechtschreib-Probleme | <input type="checkbox"/> |
| gegen andere | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| gegen Gegenstände | <input type="checkbox"/> | Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> |
| Angst | <input type="checkbox"/> | Aufmerksamkeitsprobleme | <input type="checkbox"/> |
| Atembeschwerden (Asthma) | <input type="checkbox"/> | Nägelkauen | <input type="checkbox"/> |
| Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | Nervöse Zuckungen | <input type="checkbox"/> |
| Daumenlutschen | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> | Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Eifersucht | <input type="checkbox"/> | Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> | Schüchternheit | <input type="checkbox"/> |
| Einnässen | <input type="checkbox"/> | Selbsttötungsäußerungen | <input type="checkbox"/> |
| Erbrechen | <input type="checkbox"/> | Selbsttötungsversuche | <input type="checkbox"/> |
| Esstörungen | <input type="checkbox"/> | Sexuelle Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> |
| Feuerspiele | <input type="checkbox"/> | Sprechhemmungen (Mutismus) | <input type="checkbox"/> |
| Hemmungen | <input type="checkbox"/> | Stottern | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | Suchtartiges Verhalten | <input type="checkbox"/> |
| Lügen | <input type="checkbox"/> | Stehlen (unerlaubtes Wegnehmen) | <input type="checkbox"/> |
| | | Weglaufen | <input type="checkbox"/> |

Sonstiges: _____

Was kann Ihr Kind gut? (Hobbys und Fähigkeiten): _____

Lebte das Kind immer zu Hause; wenn nicht, wo: _____

Welche Personen gehören zum gemeinsamen Haushalt: _____

Andere wichtige Kontaktpersonen für das Kind: _____

Belastende Ereignisse, Krankheiten oder Todesfälle in der Familie: _____

Familiensituation: _____

Äußere (z.B. Wohnungsart, -größe, finanzielle Belastungen): _____

Innere (Welche Schwierigkeiten gibt es im Zusammenleben?): _____

Daten von Heirat: _____

Scheidung: _____

Wiederheirat: _____

Behandlungswunsch: ambulant tagesklinisch stationär

Aus welchem Grund soll Ihr Kind bei uns untersucht werden: _____

Die Vorstellung wurde empfohlen von: _____