

Sehr geehrte Eltern,

für eine erfolgreiche Behandlungsplanung sind für uns vorab einige Informationen notwendig und hilfreich, um die weiteren Schritte zu bahnen und im gemeinsamen Gespräch Zeit für das Wesentliche zu haben.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zu. Zusätzlich benötigen wir das Schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten in die Diagnostik und Behandlung bei uns.

Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens werden wir Ihnen zeitnah einen Termin zum Erstgespräch zukommen lassen.

Es sollten alle Sorgeberechtigten das Kind zum Erstgespräch begleiten. Bitte bringen Sie dann auch das gelbe Untersuchungsheft, Zeugnisse und Berichte anderer Institutionen mit.

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antwortmöglichkeiten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Senden Sie den Fragebogen bitte an die:

Klinik am Geesthof
Institutsambulanz für Kinder und Jugendliche
Am Geesthof 1
47608 Geldern

oder per
Email: KJP-Ambulanz-Geldern@lvr.de
Telefax +49 (0) 2831 1333-222

Elternfragebogen

Ausgefüllt am (Datum): _____ von: _____

Angaben zum Kind

Nachname des Kindes: _____ Geb.Datum: _____

Vorname: _____ Mädchen Junge

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat

Überweisender Kinder-/ Hausarzt: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Angaben zum Sorgerecht:

Das Sorgerecht liegt bei:

beiden Eltern gemeinsam Mutter alleine Vater alleine Vormund

(Bitte entsprechende Nachweise bei alleinigem Sorgerecht / Vormundschaft beifügen)

Angaben zu den Eltern / wichtigen Kontaktpersonen:

Name der **Mutter**: _____ geb. _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Name des **Vaters**: _____ geb. _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Name der **Vormundes** (falls zutreffend): _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Name der **Pflegeeltern** (falls zutreffend): _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

Name der **Wohngruppe** (falls zutreffend): _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonisch erreichbar unter: _____

I. Gründe der Vorstellung

Wer hatte die Idee der Vorstellung bei uns?

Was ist der Anlass zur Vorstellung bei uns? Um was sorgen Sie sich bei Ihrem Kind?

Hat Ihr Kind suizidale Gedanken?

Ja

Nein

Bei akuten Suizidabsichten wenden Sie sich bitte umgehend telefonisch an uns.

Haben Sie in den letzten Wochen Veränderungen im Schlaf oder Appetit Ihres Kindes bemerkt? Wenn ja, welche:

Gibt es aktuelle oder vorangegangene familiäre Belastungen (z.B. belastende Ereignisse, Todesfälle, finanzielle Belastungen, Trennung o. Ä.)?

Nein

Ja, und zwar:

Haben Sie sich wegen der oben beschriebenen Sorgen schon an andere Stellen gewandt (z.B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychotherapeuten, Haus- oder Kinderarzt, Schule o.ä.)?

Nein

Ja, und zwar:

.....
.....
.....

Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen oder empfohlen (z.B. Therapie, Beratung, Medikation, Sozialpädagogische Familienhilfe, Förderung über § 35a KJHG etc.)?

.....
.....
.....

Wurde das Kind schon einmal bei uns oder in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt?

nein

ja, und zwar:

wo: wann: ambulant stationär

wo: wann: ambulant stationär

wo: wann: ambulant stationär

Bitte geben Sie alle Behandlungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien, Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Kinderärzten usw. an. **Bitte reichen Sie die entsprechenden Arztbriefe ein.**

Welche Art von Diagnostik und / oder Behandlung können Sie sich für Ihr Kind vorstellen? (Eine endgültige Entscheidung wird im gemeinsamen Gespräch getroffen)

ambulant

teilstationär

vollstationär

II. Familie

Geschwister (Geschlecht, Alter, Schule/Kindergarten, gesundheitliche Probleme)

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)

Leidet oder litt ein Familienmitglied unter psychischen oder neurologischen Problemen/Erkrankungen?

Nein

Ja, und zwar:

.....
.....
.....

III. Entwicklung des Kindes

Gab es Besonderheiten oder Auffälligkeiten während der Schwangerschaft oder bei Geburt?

.....
.....

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Mit welchem Alter lernte das Kind

• Laufen

• Sprechen

Wann war es trocken und sauber?

.....

Erfolgte eine krankengymnastische, ergotherapeutische Behandlung, Frühförderung, Heilpädagogik oder Sprachtherapie?

Nein

Ja, und zwar:

Art: von: bis:

Art: von: bis:

Art: von: bis:

Leidet oder litt das Kind an einer körperlichen Erkrankung (Asthma, Allergien usw.), an einer neurologischen Erkrankung (Anfallsleiden o.ä.), an erblichen, angeborenen Erkrankungen, an einem Syndrom oder einer körperlichen Behinderung/Beeinträchtigung?

Nein

Ja, und zwar:

Art:

Art:

Art:

Nimmt/nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein

Ja, und zwar:

Name: Dosis:

Name: Dosis:

Gab es Auffälligkeiten im Kindergarten?

Keine Probleme

Es gab/gibt Probleme, und zwar:

.....

.....

Das Kind besucht(e) keinen Kindergarten, weil

Falls noch Kindergartenkind, Name und Art des Kindergartens:

.....

Wann und wo wurde Ihr Kind eingeschult?

.....

Name der aktuellen Schule, Ort:

.....

Art der Schule:

.....

Evtl. Förderschwerpunkt:

.....

Seit:

.....

Aktuelle Klassenstufe:

Klassenlehrer(in)

.....

Was loben/kritisieren die Lehrer an den Leistungen und/oder dem Verhalten des Kindes?

.....

.....

.....

Einverständniserklärung

Dieses Einverständnis benötigen wir aus rechtlichen Gründen für den Fall, dass eine/r der Sorgeberechtigten zum Erstgespräch oder zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann. Wir wünschen uns eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen als Sorgeberechtigten, freuen uns über Ihre Teilnahme an den Diagnostik- und Therapiesprechstunden und sind gerne bereit, Ihnen als Sorgeberechtigten Auskunft über den Stand der Diagnostik und Therapie zu erteilen. Die Schweigepflichtentbindung und Einverständniserklärung zu einer medikamentösen Behandlung müssen gesondert erteilt werden.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r einverstanden mit der Diagnostik und Behandlung

meines Kindes: _____ geb.: _____

in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der LVR-Klinik Bedburg-Hau.

Ort, Datum

Unterschrift **der sorgeberechtigten Mutter**

Ort, Datum

Unterschrift **des sorgeberechtigten Vaters**

Sollten Sie das alleinige Sorgerecht für Ihr Kind haben, fügen Sie bitte der Anmeldung eine entsprechende Bescheinigung bei.