

Ausführlicher Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern, Sorgeberechtigte,

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 (oder ggf. auf einem Zusatzblatt).



AU010101

Senden Sie den Fragebogen bitte an die:

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie
- Ambulanzbüro -
Grüner Winkel 8
47551 Bedburg-Hau

oder per Email: KJP-Ambulanz-Bedburg-Hau@lvr.de
Telefax: +49 (0) 2821 81-3497

Bevor Sie den Bogen ausfüllen beachten Sie bitte, dass Sie sich bei akuter Suizidalität sofort an den AVD/PVD der Abteilung wenden. Telefon 02821 810.

Hat Ihr Kind suizidale Gedanken?

Ja _____ Nein

Zeigt Ihr Kind selbstschädigendes Verhalten?

Ja _____ Nein

Siehe hierzu auch unseren Notfall-Flyer (ebenfalls über die Homepage abrufbar)

https://klinik-bedburg-hau.lvr.de/de/nav_main/fuer_kinder_jugendliche_und_eltern/fuer_kinder_jugendliche_und_eltern_1.html

Elternfragebogen

Ausgefüllt am (Datum): _____ von: _____

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Nachname des Kindes: _____

Vorname des Kindes: _____

Geb.-Datum + Geb.-Ort: _____

Geschlecht Mädchen Junge Divers

Nationalität? Wird ggf. ein Dolmetscher benötigt?

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____ gesetzlich privat
versichert über: _____

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: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

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

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Name des **Vormunds (ggf. Institution)** (falls zutreffend):

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail: _____

Name der **Pflegeeltern (ggf. Träger)** (falls zutreffend):

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail: _____

Name der **Wohngruppe (ggf. Träger)** (falls zutreffend):

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer(n): _____

E-Mail: _____

I. Gründe der Vorstellung

1. Wer hatte die Idee der Vorstellung bei uns?

2. Was ist der Anlass/Auftrag zur Vorstellung bei uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie? Um was sorgen Sie sich bei Ihrem Kind?

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

Bei Ja, Bitte auflisten mit Datum von wann bis wann.

Nein

Ja, und zwar:

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

5. Gibt es Kontakte zum Gericht, Polizei, Kinderschutzbund, Kinderschutzbambulanz, Opferschutz, Erziehungsberatungsstelle? Wenn Ja, welche??

6. Wurde Ihr Kind schon einmal bei uns oder in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt? Ist es aktuell kinder- und jugendpsychiatrisch angebunden?

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 mit diesem Fragebogen ein.**

II. Familie

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

1)

2)

3)

4)

5)

6)

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

Nein

Ja, und zwar:

9. Gibt es familiäre somatische Erkrankungen Belastungen (z.B. belastende Ereignisse, Todesfälle, finanzielle Belastungen, Trennung o. Ä.)?

Nein

Ja, und zwar:

III Entwicklung des Kindes

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

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Mit welchem Alter lernte das Kind Laufen _____

Sprechen _____

Wann war es trocken und sauber? _____

11. Erfolgte eine krankengymnastische, ergotherapeutische Behandlung, Frühförderung, Heilpädagogik oder logopädische Therapie? Bitte reichen Sie die Berichte mit diesem Fragebogen ein.

Nein

Ja, und zwar:

Art: _____ von: _____ bis: _____

Art: _____ von: _____ bis: _____

Art: _____ von: _____ bis: _____

12. 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: _____

13. Nimmt / Nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wer verschreibt diese?

Nein

Ja, und zwar (Name und Dosierung):

14. Falls noch Kindergartenkind, Name und Art des Kindergartens:

Gab es Auffälligkeiten im Kindergarten?

Keine Probleme

Es gab / gibt Probleme, und zwar:

Das Kind besucht(e) keinen Kindergarten, weil

15. Wann und wo wurde Ihr Kind eingeschult?

Name der aktuellen Schule, Ort:

Art der Schule:

Evtl. Förderschwerpunkt:

_____ Seit: _____

Aktuelle Klassenstufe: _____

Klassenlehrer(in) : _____

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

In welchen Rahmen stellen Sie sich die Diagnostik und / oder Behandlung für Ihr Kind vor?
(Eine endgültige Entscheidung über den Behandlungsplan wird im gemeinsamen Gespräch getroffen)

ambulant

teilstationär

vollstationär

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 Therapiegesprächen 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**

Ort, Datum

Unterschrift **des Vormunds**

Ort, Datum

Unterschrift **der Patientin / des Patienten** (ab dem 14. Lebensjahr)