

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, neben dem ausgefüllten Fragebogen, Ihnen vorliegende Vorbefunde anderer Institutionen / Fachtherapeuten 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 und Zeugnisse 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).

Senden Sie den Fragebogen bitte an die:

**Institutsambulanz Moers
für Kinder und Jugendliche**

Bethanienstr. 15a
47441 Moers

oder per Email: KJP-Ambulanz-Moers@lvr.de

Telefax: +49 (0) 2841 1694-1850



AU010101

Bitte beachten:

Den Elternbogen bitte in Druckbuchstaben ausfüllen, da unleserliche Formulare nicht weiterbearbeitet werden können und somit verfallen!

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 auf unserer Internetseite!

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

☐ ambulant –

Ihr Kind nimmt vereinbarte Termine (ca. 1-1,5 Stunden) in der Ambulanz wahr

☐ teilstationär –

Ihr Kind kommt von montags bis freitags in der Zeit von 08:00 – 16:00 Uhr zur Therapie

☐ vollstationär –

Ihr Kind bleibt für die Dauer der Therapie mit Übernachtung in der Klinik

Bitte dieses Feld freilassen:

Allgemeine Angaben

Ausgefüllt am: _____ Von: _____

Wird für die Behandlung ein Dolmetscher benötigt?

- ☐ Ja, (Sprache/Nationalität) _____
- ☐ Nein

Gründe der Vorstellung

Wer hatte die Idee zur Vorstellung in der hiesigen kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz?

Was ist der Anlass/Auftrag zur Vorstellung bei uns (z.B. Therapie, Medikation)? Um was sorgen Sie sich bei Ihrem Kind?

Haben Sie sich wegen der oben beschriebenen Sorgen bereits an andere Stellen gewandt (Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychotherapeuten, Haus-/Kinderarzt, Schule ö. ä.?)

- ☐ Nein ☐ Ja, und zwar:

Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen oder empfohlen (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Kontaktaufnahme zum Jugendamt, Förderung nach §35a KJHG etc.)?

Gibt es Kontakt zum Gericht, Polizei, Kinderschutzbund, Kinderschutzbambulanz, Opferschutz, Erziehungsberatungsstelle?

Wenn ja, welche)

Angaben zum Kind/Jugendlichen

Vor-/Nachname: _____
Geburtsdatum u. -ort: _____
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Wohnadresse (z.B. Wohngruppe):

Meldeadresse (falls abweichend):

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:

Mutter:

Vor-/Nachname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____
Handy: _____
E-Mail: _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Vater:

Vor-/Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Vormund:

Vor-/Nachname: _____

Institution: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Pflegeeltern:

Vor-/Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Derzeitige berufliche Tätigkeit: _____

Wohngruppe:

Name: _____
(Ansprechpartner/Träger)

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefonnummer: _____

Handy: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse:

☐ gesetzlich ☐ privat

Name, Adresse und Telefonnummer der Krankenkasse:

--

Versichert über:

--

Ärzte:

☐ Kinderarzt (Name, Adresse, Telefon):

--

☐ Hausarzt (Name, Adresse, Telefon):

--

☐ Überweisender Arzt (Name, Adresse, Telefon):

--

Familie: (Geschwister: Name, Alter, Geschlecht, Kindergarten/Schule, gesundheitliche Probleme)

Platz für weitere Anmerkungen:

Medizinische Angaben:

Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaft/Geburt/frühkindliche Entwicklung:

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____

Gab es Besonderheiten/Auffälligkeiten während der Schwangerschaft oder Geburt?

Mit welchem Alter lernte Ihr Kind

- Laufen _____
- Sprechen _____

Gab es Auffälligkeiten? Wenn ja, welche:

Wann war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen (sauber und trocken tags wie nachts)?

Kinderkrankheiten (z.B. Masern etc.):

Operationen (z.B. Tonsillektomie):

Unfälle:

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

☐ Nein

☐ Ja – Welche?

Erfolgte bzw. besteht noch eine

☐ psychotherapeutische Behandlung

(Zeitraum)

☐ Behandlung im SPZ

(Zeitraum)

☐ krankengymnastische Behandlung

(Zeitraum)

☐ ergotherapeutische Behandlung

(Zeitraum)

☐ logopädische Behandlung

(Zeitraum)

☐ heilpädagogische Behandlung

(Zeitraum)

(Bitte reichen Sie die Kopien der Berichte mit diesem Fragebogen ein.)

Nimmt/nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Wer verschreibt diese?

☐ Nein

☐ Ja, und zwar (Name und Dosierung)

Kindergarten:

Name und Art des Kindergartens

Kindergartenbesuch seit wann?

Gibt/gab es Auffälligkeiten=

☐ Nein

☐ Ja, welche:

☐ Das Kind besuchte keinen Kindergarten, weil

Schule:

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Name und Ort der Schule:

Art der Schule:

Evtl. Förderschwerpunkte:

Weiterführende Schule:

Name und Ort der akt. Schule:

Klasse:

Evtl. Förderschwerpunkte:

Klassenlehrer/in

Lob/Kritik der Lehrkräfte an
Leistungen bzw. Verhalten:

Krankheiten in der Familie:

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

☐ Nein

☐ Ja, und zwar

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

☐ Nein

☐ Ja, und zwar

Bitte dieses Feld freilassen:

Platz für Ihre Anmerkungen:

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung und das vollständige und ausführliche Ausfüllen des Elternfragebogens. Wir melden uns schnellstmöglich nach Eingang der Unterlagen bei Ihnen (bitte denken Sie auch an die Kopien möglicher Vorbefunde!).