



An
KJP Lünen
Dr. med. Silke Krüger
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie /
Psychotherapie

Dortmunder Str. 13
D-44536 Lünen

Vorname des Kindes: _____
Name: _____
Geboren am: _____
Straße, Haus-Nr: _____
PLZ, Ort: _____
Krankenkasse: _____
Telefonnummer für
Terminvereinbarung: _____
... am besten in
der Zeit von: _____
Datum: _____

Fragebogen

*Für eine erfolgreiche Beratung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!
Für Ihre Mithilfe bedanken wir uns.*

Familiäre Situation

Vater (immer angeben):

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Ausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Mutter (immer angeben):

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Ausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegevater:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Ausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Stief-/Adoptiv-/Pfleagemutter:

Name: _____ Vorname: _____ Geb.datum: _____

Ausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Eltern leben zusammen

getrennt seit: _____

Sorgerecht liegt bei:

Kind lebt bei:

Besuchskontakte zu wem, wie häufig:

wiederverheiratet, wer, seit:

nichteheliches Kind

Kind wurde adoptiert im Alter von:

Pflegekind, seit:

Kind lebt(e) im Heim seit / von... bis...:

Migrationshintergrund (Sprache), Flucht

Sonstiges:

verheiratet seit: _____

geschieden seit: _____

Mutter Vater _____

Geschwister: (Alter / Geschlecht, Schultyp, Besonderheiten in der Entwicklung) _____

Diese Personen gehören insgesamt zum gemeinsamen Haushalt: _____

Diese Personen betreuen das Kind: _____

Belastende Ereignisse, (psychische) Erkrankungen oder Todesfälle in der Familie: _____

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

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

Traumatische Erlebnisse? _____

Freizeitaktivitäten / Hobbys des Kindes, Verein / Jugendgruppe: nein ja: _____

Entwicklung:

Gab es Fehlgeburten vor / nach Ihrem Kind: _____

War die Schwangerschaft geplant: ja nein

Verlauf der Schwangerschaft (körperlich und seelisch): _____

Medikamente in der Schwangerschaft: nein ja: _____

Alkoholkonsum: gar nicht gelegentlich regelmäßig

Nikotinkonsum: gar nicht gelegentlich regelmäßig

Drogenkonsum: gar nicht gelegentlich regelmäßig

Geburt in der _____. Schwangerschaftswoche

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

Wurde das Kind gestillt? nein ja Wie lange? _____

Frühkindliche Entwicklung

Sitzen / Stehen / Laufen unauffällig verspätet, im Alter von _____

Sprechen unauffällig verspätet, im Alter von _____

Sauberkeitsentwicklung unauffällig verspätet, im Alter von _____

Auffälligkeiten in der Kleinkindzeit (Schreikind?):

Kindergarten:

ab: _____ bis: _____

Regelkindergarten Heilpädagogischer Kindergarten Integrationskraft

Besonderheiten (Trennungängste, Sozialkontakte): _____

Schule:

Datum Einschulung: _____

Grundschule (Name/ Ort): _____

Förderschwerpunkt: _____ Integrationskraft, seit: _____

_____. Klasse wiederholt _____. Klasse übersprungen

Leistungen sehr gut gut durchschnittlich Probleme: _____

Falls Lern- und Leistungsschwierigkeiten bestehen, bitte die Beurteilung / das Zeugnis mitbringen

unregelmäßiger / kein Schulbesuch, weil _____

Aktuell besuchte Schule (Name / Ort / Schultyp): _____

Besonderheiten / Verhaltensauffälligkeiten: _____

Sonstige Schulwechsel (wann / auf (Name / Ort / Schultyp)): _____

Gesundheit:

Vorerkrankungen (z.B. schwere Allergien, Diabetes etc.): _____

Appetit: _____ Schmerzen: _____

Krampfanfälle: _____ Unfälle: _____

Schlaf (Einschlafen / Durchschlafen / erholsam?): _____

EEG-Untersuchung (wann, wo, Ergebnis?) _____

Bei Mädchen: Regelblutung seit? / Auffälligkeiten? _____

Werden / wurden Medikamente verabreicht? _____

Vorbehandlungen:

Ambulante psychiatrische / therapeutische Vorbehandlungen? (Wo? Wann?) _____

Stationäre psychiatrische / therapeutische Vorbehandlungen? (Wo? Wann?) _____

Förderungen (Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik, Psychomotorik): _____

Bisherige Begleitung über Beratungsstelle, Jugendamt, Hilfen zur Erziehung? Erfolg? _____

Aktuelle Symptome:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressivität gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsäußerungen |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität gegen andere | <input type="checkbox"/> gehemmt / schüchtern | <input type="checkbox"/> Selbsttötungsversuche |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität gegen Gegenstände | <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Lese-/Rechtschreibprobleme | <input type="checkbox"/> Sprechhemmung/Mutismus |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> Suchtartiges Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Einnässen tags | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> vermehrte Traurigkeit |
| <input type="checkbox"/> Einnässen nachts | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> zu wenig Antrieb |

Psychosomatische Beschwerden (Schmerzen, Erbrechen...): _____

Auffälligkeiten im Sozialverhalten (Feuerspiele, Lügen, Stehlen, Weglaufen...): _____

Medienkonsum (täglich, in welchem Umfang an Wochentagen/Weekende, welche Medien: _____

Gründe der Vorstellung

Was sind die aktuellen Gründe der Vorstellung, welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt Ihr Kind? *(Bitte in Stichworten)*

Die Vorstellung wurde empfohlen von: _____

Welche Erwartungen haben Sie, wie man in Zukunft auf das Verhalten des Kindes Einfluss nehmen könnte? Wie können wir Sie dabei unterstützen? Was können wir für Sie / Ihr Kind tun?

Mit den Honorar-Ausfall-Bedingungen (s. Anlage) erklären wir uns einverstanden.

Die Unterschrift **aller** Sorgeberechtigter ist nach aktueller Rechtsprechung zwingend erforderlich:

_____	_____	_____	_____
Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum	Ort, Datum
_____	_____	_____	_____
Unterschrift Patient/in	Unterschrift Mutter	Unterschrift Vater	Unterschrift Vormund