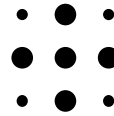


Vorstellungsdatum:

ausgefüllt am: von:



**Praxis Fuhrmann**

Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

## 1. Patientendaten

**Vorname, Nachname**

.....

**Geburtsdatum**

.....

**Geschlecht:**

männlich

weiblich

**Geburtsort**

.....

**Geschwisteranzahl**

.....

Einzelkind

Einweiser/Überweiser: .....

Kinderarzt: .....

Krankenversicherung: .....

### Aktueller Lebensort

Adresse

.....

.....

Kind lebt bei:

Leiblichen Eltern       Leiblicher Mutter

Leiblichem Vater       Pflegeeltern

anderer Lebensort (bitte weitere Angaben machen)

Name und Adresse der Person/Einrichtung:

.....

.....

.....

Frühere Lebensorte außerhab der Familie:

(mit Angabe von jeweiligen Zeiträumen)

.....

.....

.....

.....

### Vorstellungsanlass

Vorstellung veranlasst durch:

.....

.....

Hauptproblem/Vorstellungsanlass:

.....

.....

Seit wann bestehen die Probleme?

.....

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind  
am meisten Sorgen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## 2. Daten der Familie

|                       | Leibliche Mutter | Leiblicher Vater |
|-----------------------|------------------|------------------|
| Vor- und Nachname     |                  |                  |
| Anschrift             |                  |                  |
| Geburtsdatum und -Ort |                  |                  |
| Nationalität          |                  |                  |
| Telefonnummer         |                  |                  |
| Schulabschluss        |                  |                  |
| erlernter Beruf       |                  |                  |
| Berufstätig als       |                  |                  |

### Lebenssituation der Eltern

- zusammen lebend, seit: .....
- verheiratet, seit: .....
- getrennt lebend, seit: .....
- geschieden, seit: .....
- andere Familienkonstellation:  
.....  
.....  
.....

### Wer hat das Sorgerecht?

- Eltern
- Mutter
- Vater
- Vormund

Name und Telefonnummer des Vormunds:

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

### Getrennt lebende Elternpaare

|                       | Lebenspartner/in der Mutter | Lebenspartner/in des Vaters |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Vor- und Nachname     |                             |                             |
| Geburtsdatum und -Ort |                             |                             |
| Partnerschaft seit    |                             |                             |
| Zusammenlebend seit   |                             |                             |
| Schulabschluss        |                             |                             |
| erlernter Beruf       |                             |                             |
| Berufstätig als       |                             |                             |

**Umgangsregelung (nur bei getrennt lebenden Elternpaaren)**

Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil. Wie häufig?

.....

Es besteht kein Kontakt mit dem leiblichen Vater/der leiblichen Mutter. Seit wann und warum?

.....

Umgangsregelungen entstanden durch:

Eltern untereinander (einvernehmlich)     Beratungsstelle     Jugendamt     Gericht

.....

Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?

sehr zufrieden     zufrieden     unzufrieden

**Angaben zu Geschwistern (G), Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)**

|   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Vor- und Nachname   |   |   |   |   |
| Geburtsdatum  |   |   |   |   |
| Verwandschaft (G, HG, SG)                                   |   |   |   |   |
| Eltern  |   |   |   |   |
| Klasse: Schulart<br>oder Schulabschluss                     |   |   |   |   |
| Ausbildung/Beruf  |   |   |   |   |
| Besonderheiten<br>(z.B. Stärken, Probleme,<br>Erkrankungen) |   |   |   |   |
| Lebt mit dem Kind im<br>gleichen Haushalt (ja/nein)         |   |   |   |   |

### 3. Entwicklungsgeschichte des Kindes

#### Verlauf der Schwangerschaft

Wunschkind

- ja                       nein

Wievielte Schwangerschaft?

.....

Besondere Ereignisse/Belastungen während der Schwangerschaft? (z. B. ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle, Trennung, Umzug, usw.)

.....

.....

.....

Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf  
(z. B. Blutungen, vorzeitige Wehen, usw.)

.....

.....

.....

Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Alkohol, Drogen)

.....

.....

.....

#### Geburt

Schwangerschaftswoche der Entbindung

.....

Alter der Mutter bei Geburt

.....

Geburtsgewicht

.....

Körpergröße

.....

Kopfumfang

.....

APGAR

.....

Verlauf/Besonderheiten während der Geburt  
(z. B. spontan, Kaiserschnitt, usw.)

.....

.....

.....

.....

.....

#### Verlauf nach der Geburt

Komplikationen nach der Geburt

.....

.....

.....

Wurde Ihr Kind gestillt?

- nein                       ja, bis zum ..... Lebensmonat

## Frühkindliche Entwicklung

Wie hat sich Ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten, Gewichtsentwicklung, Wachstum, usw.)

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

Bitte geben Sie das Alter Ihres Kindes zum jeweiligen Entwicklungsstand an.

### Motorische Entwicklung:

Alleine sitzen

Aleine stehen

Frei laufen

.....

.....

.....

### Sprachliche Entwicklung:

Erste Worte sprechen

Einfach Sätze bilden

.....

.....

### Sauberkeitsentwicklung:

Trocken/Sauber tagsüber

Trocken/Sauber nachts

Rückfälle

.....

.....

.....

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen?

.....  
.....

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

normal/gleich schnell entwickelt

langsamer entwickelt

rascher entwickelt

## Kindergartenzeit

Besucht/besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter: .....

nein, weil: .....

Gab es bei der Eingewöhnung Probleme?  
(z. B. Trennungsängstlichkeit)

nein  ja, welche: .....

.....

Wie kommt/kam Ihr Kind im Kindergarten  
mit den anderen Kindern zurecht?

.....

Wie kommt/kam Ihr Kind mit den Erziehern zurecht?

.....

Gibt/gab es im Kindergarten Auffälligkeiten,  
Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

nein  ja, welche: .....

.....

Wie gerne geht/ging Ihr Kind in den Kindergarten?

sehr gerne  gerne  mittel

nicht so gerne  sehr ungern

## Schulische Entwicklung

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Schuljahr: .....

Alter des Kindes: .....

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?

nein  ja, welche: .....

Kam es zu Umschulungen?

nein  ja, wann (Klassenstufe) und welche:

.....

.....

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung  
Ihres Kindes in der Schule?

überdurchschnittlich  durchschnittlich

unterdurchschnittlich

Wie zufrieden sind Sie mit den aktuellen schulischen  
Leistungen Ihres Kindes?

zufrieden  meistens zufrieden

selten zufrieden  unzufrieden

Hat Ihr Kind Teilleistungsstörungen oder  
Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?  
(z. B. Lesen, Rechnen, Rechtschreibung, usw.)

nein  ja, in welchen Bereichen:

.....

.....

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

nein  ja, welche und wann:

.....

Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes  
in der Schule beschreiben?

.....

.....

Welche Stärken /Fähigkeiten hat Ihr Kind?

.....

.....

.....

Berufswunsch: .....

Berufsausbildung: .....

## Kontakt zur aktuellen Schule

Schulart: .....

Klasse: .....

Klassenlehrerin: .....

Name, Anschrift und Telefonnummer der Schule: .....

.....

.....

## 4. Gesundheitszustand

### Krankheiten und Allergien

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?  
Gibt es chronische Erkrankungen?

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

Werden Medikamente eingenommen?  
Welche und in welcher Dosierung?

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

Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt?  
Wenn ja, geben Sie bitte Einrichtung, Dauer und  
Behandlungsgrund an.

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

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall?  
Welcher Art war dieser?

.....  
.....

Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

.....  
.....

Gibt es körperliche Beeinträchtigungen?  
(z. B. Hören, Sehen, Gehen)

.....  
.....

Trägt das Kind

eine Brille     ein Hörgerät     eine Prothese

sonstiges: .....

.....

Erfolgten spezifische Therapien? (z. B. Sprachtherapie,  
Physiotherapie, Ergotherapie)

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

### Erkrankungen und Auffälligkeiten in der Familie

Welche körperlichen/psychischen Erkrankungen gibt es in der Familie?

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

## Schlaf

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich?

Am Tag: .....

In der Nacht: .....

Wacht Ihr Kind häufig nachts auf?

nein

ja, wie oft: .....

Hat Ihr Kind Einschlafschwierigkeiten?

nein

ja, welche: .....

.....

## Konsum

Konsumiert Ihr Kind Zigaretten?

nein

ja, Anzahl am Tag: .....

seit wann: .....

Konsumiert Ihr Kind Alkohol?

nein

ja, Menge in der Woche: .....

seit wann: .....

Konsumiert Ihr Kind Drogen?

nein

ja, Art und Häufigkeit: .....

seit wann: .....

## Mädchen

Wann war der Beginn der Regelblutung? Gibt es Beschwerden?

.....  
.....

Benutzt Ihre Tochter Verhütungsmittel? Wenn ja, welche?

.....  
.....



## 5. Bisherige Behandlungen

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

.....

.....

.....

### Vorbehandlungen

| Alter<br>(bei Beginn) | Art der Behandlung (Bei Therapie: Art und Name des Arztes;<br>bei Medikation: Name und Dosierung des Medikamentes) | Dauer<br>(Monate und Häufigkeit) |
|-----------------------|--|----------------------------------|
|                       |  |                                  |

### Unterstützung

Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

- nein
- ja, welches Jugendamt ist aktuell zuständig: .....

Name und Telefonnummer des zuständigen Mitarbeiters: .....

.....

Art, Dauer und Umfang der Hilfen durch das Jugendamt (Beispiel: Familienhilfe, seit 2014, 8h/Woche)

.....

.....

.....

.....

## 6. Freizeitverhalten und Familienalltag

### Belastende Lebensereignisse für das Kind

Bitte beschreiben Sie eventuelle belastende Lebensereignisse (z. B. Trennungserfahrungen, Tod von Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, usw.)

.....

.....

.....

.....

.....

### Freizeitverhalten und Familienalltag

Wie häufig... (Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.)

|   | jeden Tag | 3-5 Mal/Woche | 1-2 Mal/Woche | seltener | nie |
|---|-----------|---------------|---------------|----------|-----|
| ... spielt Ihr Kind im Freien?                                  |           |               |               |          |     |
| ... ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden |           |               |               |          |     |

Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht Ihr Kind nach (z. B. Fußball, Chor, Pfadfinder, usw.)?

.....

.....

.....

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?

|                              | < 1 Std. | 1-2 Std. | 3-4 Std. | > 4 Std. | gar nicht |
|------------------------------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| Handy / Smartphone           |          |          |          |          |           |
| Computer / Tablet / Internet |          |          |          |          |           |
| Fernsehen                    |          |          |          |          |           |
| Playstation / Wii /Konsole   |          |          |          |          |           |

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit elektronischen Medien?

Montag-Freitag: ..... Stunden

Am Wochenende: ..... Stunden

### Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten?

nein       ja, welche: .....

.....