

[Psych. Praxis W. Sutor D-66119 Saarbrücken, Feldmannstr. 154]

[]

Fragebogen zur Erstvorstellung

*Liebe Eltern,
mit dem Anmeldebogen sollen erste wichtige Anhaltspunkte zu dem bestehenden Problem erfasst werden. Bitte füllen Sie den Bogen gewissenhaft und sorgfältig aus und schicken Sie ihn an uns zurück. Sie erhalten dann möglichst bald einen ersten Vorstellungstermin. Danach ergeben sich meist schon erste Hinweise zum weiteren Vorgehen.*

1. Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

_____ Tel.: _____

Mobil: _____ E-m@il: _____

Haus- oder Kinderarzt: _____

Anschrift und Telefon (falls zur Hand):

_____ Tel.: _____

Krankenkasse: _____

versichert über (Vater, Mutter):

Wurde mit dem Kind/Jugendlichen wegen des jetzigen oder anderer Probleme schon einmal eine andere Stelle aufgesucht? (Ambulante Psychotherapie, Stationäre Psychotherapie, Klinik, Erziehungsberatung, Arzt, Ergotherapie o.ä.)
Wenn ja, wann, wo und Grund?

2. Bitte schildern Sie die jetzigen Vorstellungsgründe:

3. Angaben zur Familie des Kindes/Jugendlichen:

a) zur **Mutter:**

ggfs. Stiefmutter:

Name: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Arbeitszeiten: _____

Besonderheiten in der Familie der Mutter (Erkrankungen, Unfälle, sonstiges):

b) zum **Vater:**

ggfs. Stiefvater:

Name: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Arbeitszeiten: _____

Besonderheiten in der Familie des Vaters (Erkrankungen, Unfälle, sonstiges):

e) Familiensituation:

Die Eltern leben zusammen / verheiratet / geschieden / verwitwet?

Das Kind lebt zusammen mit: _____

Sorgeberechtigt ist / sind: _____

Daten der Eheschließung/ggf. der Trennung: _____ / _____

Von welchen Personen wird das Kind überwiegend betreut?

Ist das Kind adoptiert / in Pflege / sonstiges? _____

f) Geschwister:

Name:

Alter:

wohnt bei?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sind besonderen Verhaltensauffälligkeiten bei den Geschwistern aufgetreten? Bei wem? Welche? Wann? _____

4. Wohnsituation:

Wohnen Sie zur Miete / im eigenen Haus / im Haus der Großeltern?

5. Wie würden Sie den Lebensstandard Ihrer Familie einschätzen?

schlecht / ausreichend / zufriedenstellend / hoch

6. Die lebensgeschichtliche Entwicklung Ihres Kindes:

a) Schwangerschaft

Bitte unterstreichen Sie welche Beschwerden in der Schwangerschaft aufgetreten sind: Erbrechen / Blutungen / Röteln / Fieber / Toxoplasmose / Diabetes/ andere

Mussten Sie Medikamente einnehmen? Wenn Ja, welche und wie lange?

Wie viele Zigaretten haben Sie in der Schwangerschaft geraucht? _____
Sonstige besonderen Vorkommnisse/Ereignisse in der Schwangerschaft? Welche
und wann? _____

b) Geburt:

Handelte es sich um eine Geburt vor / zu / nach dem erwarteten Termin? _____
Anzahl der Wochen _____ Hausgeburt? _____
Dauer der Geburt: _____ Gewicht: _____ Größe: _____ Lage
des Kindes: Kopflage / Steißlage / sonstiges: _____ War
die Entbindung normal / kompliziert / Zangengeburt / Kaiserschnitt /
Nabelschnurumschlingung / sonstiges: _____
Wann setzte die Atmung ein: sofort / nach _____ Minuten
Hautfarbe des Kindes nach der Geburt: rosig / blau / blass / unbekannt
Musste das Kind nach der Geburt künstlich beatmet werden / ins Wärmebett /
Brutkasten / Blutaustausch bekommen / noch längere Zeit im Krankenhaus
verbringen mit / ohne Mutter _____

c) Die ersten Wochen und Monate:

Wurde das Kind gestillt? _____ Wochen / Monate
Lag eine Trinkschwäche vor? _____. Haben Sie Krämpfe beobachtet? Nach
dem Stillen / Fieberkrämpfe / Zahnkrämpfe / sonstige: _____
Musste das Kind in eine Klinik? _____ mit _____ Wochen / Monaten für
_____ Tage / Wochen. Mit / ohne die Mutter?
Anlass: _____

d) Die frühe Entwicklung:

Wann konnte das Kind...
... alleine Sitzen, mit ca. _____ Monaten
... alleine Gehen, mit ca. _____ Monaten
... erste Worte, mit ca. _____ Monaten
Haben Sie Sprachschwierigkeiten/-störungen festgestellt? Lispeln / Stottern /
Blockaden / sonstige _____

Wann war das Kind...

... tagsüber trocken, mit ca. _____ Monaten

... tags und nachts trocken, mit ca. _____ Monaten

... sauber (Stuhlgang auf der Toilette), mit ca. _____ Monaten

e) An welche *Kinderkrankheiten* erinnern Sie sich noch?

Masern / Mumps / Keuchhusten / Röteln / Scharlach / Windpocken / Diphtherie /

Sonstige: _____

f) Hat(te) das Kind *Allergie(n)*? Wenn ja, welche: _____

g) Anzahl der *Krankenhausaufenthalte* insgesamt (Alter, Anlass und Dauer) :

h) Besuchte das Kind den *Kindergarten*? _____ Gab es Probleme im

Kindergarten? Welche? _____

i) Welche *Schule* besucht das Kind? _____

Klasse: _____ Klassenlehrer(in): _____ ggfs. Tel.: _____

Bestehen Schulschwierigkeiten in bestimmten Fächern? Welche? _____

7. Besondere Beobachtungen bei Ihrem Kind:

a) *Ess-Störung / Schlafstörung / Einnässen / Einkoten / Ängste / Aggressionen / Stottern / Nägelkauen / Haare Reißen / andere* _____

b) *Auffälligkeiten im Verhalten in der Schule?* Im Verhalten zu Klassenkameraden?

Zu Lehrern? _____

c) *Auffälligkeiten in der Familie?* Konflikte mit Geschwistern? Mit überwiegend einem Elternteil? Eifersüchteleien? Diebstähle innerhalb der Familie? Anderes?

8. Sonstiges:

Welche Erwartungen knüpfen Sie an eine Vorstellung/Behandlung des Kindes?

Was oder wer hat Ihrer Meinung nach die bestehende Problematik maßgeblich verursacht?

Sind Sie ggfs. - in Absprache mit Ihnen - mit einer Kontaktaufnahme mit einem behandelnden Arzt/Kinderarzt/ Klassenlehrer einverstanden? _____

Wer hat den Bogen ausgefüllt? _____

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam gemacht? _____

Über Art und Umfang einer Behandlung, über Folgen und Risiken, über Eignung, Erfolgsaussicht, Dringlichkeit und Alternativen habe ich/wir mich/uns informiert. (<http://www.praxissutor.de/Anmeldung/anmeldung.html>)

Datum

Unterschrift der Erziehungs-/Sorgeberechtigten

*Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass evtl. Wartezeiten entstehen können und bitten diese zu entschuldigen. Sie werden schnellstmöglich zu einem ersten Gespräch – in der Regel zuerst **nur die Eltern** – eingeladen. Dazu bringen Sie bitte die **Krankenversicherungskarte ihres Kindes** und ggfs. **Arztberichte/Vorbefunde** mit.*

Informationen zum therapeutischen Angebot: **www.praxissutor.de**