

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

danke für das Vertrauen, dass Sie mir mit der Anmeldung Ihres Kindes in meiner Praxis entgegen bringen.

Um die Behandlung möglichst gut zu gestalten, hilft es mir, zuvor über einige Fragestellungen bezüglich der jetzigen Problematik und der bisherigen Entwicklung informiert zu sein. Deshalb möchte ich Ihnen vorab diesen Fragebogen zukommen lassen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus. Fragen, die Sie aus besonderen Gründen nicht beantworten möchten, kennzeichnen Sie bitte mit „A“, Antworten, bei denen Sie nicht sicher sind, bitte mit „?“

Danke, dass Sie sich die Zeit dafür nehmen. Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an mich zurück. Vielen Dank!

1 Vorzustellendes Kind

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	geboren am	Geburtsort
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
Es ist ein	<input type="checkbox"/> leibliches Kind <input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind <input type="checkbox"/> Adoptivkind		
_____	_____	_____	_____
Anschrift	Telefon/Mobil	E-Mail	

2 Grund der Vorstellung

Schildern Sie hier bitte möglichst genau und ausführlich und ganz aus Ihrer Sicht heraus, weshalb Sie mich mit Ihrem Kind/Jugendlichen aufsuchen. Wenn der Platz nicht ausreicht, dürfen Sie gerne zusätzliche Blätter anfügen.

Welches sind die bestehenden Schwierigkeiten? Wann haben diese begonnen?

Welches sind Ihre Wünsche und Fragestellungen an die Abklärung/Behandlung bei mir?

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Auf welche Ursachen sind Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten wesentlich zurückzuführen?

Wurde Ihr Kind in den letzten sechs Monaten bereits aufgrund seelischer Probleme behandelt, z. B. vom Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, sozialpädiatrischen Zentrum?

3 Familie

3.1 Eltern

	<u>Vater</u>	<u>Mutter</u>
Name, Vorname:	_____	_____
geboren am:	_____	_____
Geburtsort:	_____	_____
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet
Schulabschluss:	_____	_____
Berufsbildung als:	_____	_____
aktuell tätig als:	_____	_____
Umfang:	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Teilzeit: _____%/ _____h	<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> Teilzeit: _____%/ _____h

3.2 Geschwister

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3.3 Sonstige Bezugspersonen (inner- und außerfamiliär):

3.4 Erkrankungen in der Familie

Diabetes (Zuckerkrankheit):	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Schwere Infektionen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Herz- und Kreislauferkrankungen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Leber- und Nierenkrankheiten:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Krebserkrankungen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Asthma oder Lungenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Angeborene Fehlbildungen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Depressionen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Psychosen (z. B. Schizophrenie):	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Abhängigkeitserkrankungen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Schwere Unfälle:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Operationen:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)
Sonstige:	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> sonstige	(wer?)

4 Lebensgeschichte

4.1 Schwangerschaft

Wievielte Schwangerschaft: _____ .

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft:

Nierenkrankheiten:	<input type="checkbox"/>	
Hoher Blutdruck:	<input type="checkbox"/>	
Beinödeme (Wasser in den Beinen):	<input type="checkbox"/>	
Starke Gewichtszunahme:	<input type="checkbox"/>	
Starke Gewichtsabnahme:	<input type="checkbox"/>	
Infektionen	<input type="checkbox"/>	
Anämie (Blutarmut):	<input type="checkbox"/>	
Andere Krankheiten:	<input type="checkbox"/>	(welche: _____)
Operationen während der Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	
Medikamente:	<input type="checkbox"/>	(welche: _____)
Röntgenuntersuchungen:	<input type="checkbox"/>	
Rauchen:	<input type="checkbox"/>	(Anzahl Zigaretten täglich: _____)
Alkoholkonsum:	<input type="checkbox"/>	
Seelische Belastungen:	<input type="checkbox"/>	(welche: _____)

War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht? ja nein

War das Geschlecht zum damaligen Zeitpunkt erwünscht? ja nein

Berufstätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft: ja nein

(ggf. bis wann, als was, in welchem Umfang: _____)

4.2 Geburt

Ort der Geburt: _____

Die Geburt erfolgte rechtzeitig
 zu früh
 zu spät (um _____ Wochen)

Wehendauer: _____ Stunden

- Medikamentöse Geburtseinleitung?
- Untypische Lage? (wenn ja: Steißlage? Fußlage? Querlage? Sonstige?)
- Nabelschnurumschlingung?
- Kaiserschnitt?
- Saugglocke?
- Zangengeburt?

Befinden des Neugeborenen:

Geburtsgewicht: ___ g Geburtslänge: ___ cm Kopfumfang: ___ cm

- Aussehen: rosig
 bläulich
 gelb (wenn ja: _____ Tage)

- Verlegung in Kinderklinik:
- Inkubatorpflege („Brutkasten“): (wenn ja: wie lange: _____)
- Blutaustausch:

4.3 Kleinkindalter

Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein (wenn ja: wie lange: _____ Monate)

Traten Ernährungsschwierigkeiten auf
(häufiges Erbrechen, schlechtes Essen, usw.)? ja nein

(Wenn ja, genauere Angaben: _____
_____)

Wann lernte es...

- ... den Kopf sicher zu halten? mit _____ Monaten
- ... nach Gegenständen zu greifen? mit _____ Monaten
- ... freies Sitzen? mit _____ Monaten
- ... Hinstellen mit Festhalten? mit _____ Monaten
- ... freies Laufen ohne Festhalten? mit _____ Monaten
- ... Sprechen erster Wörter? mit _____ Monaten
- ... Sprechen kleiner Sätze (2-3 Worte)? mit _____ Monaten
- ... Wasser halten bei Tag? mit _____ Monaten
- ... Wasser halten bei Nacht? mit _____ Monaten
- ... Stuhlgang halten bei Tag? mit _____ Monaten
- ... Stuhlgang halten bei Nacht? mit _____ Monaten

Hat Ihr Kind später noch einmal eingenässt... ja nein wenn ja: tags nachts
... oder eingekotet? ja nein wenn ja: tags nachts

(Wenn ja: Wann und wie oft/wie lange? Denken Sie an besondere Ursachen dafür? _____
_____)

Wer versorgte Ihr Kind vorwiegend während der ersten drei Lebensjahre?

Welche sonstigen Bezugspersonen hatte es damals?

Erfolgte in den ersten drei Lebensjahren eine Betreuung...

- in einer Kinderkrippe/Tageseinrichtung? (ab welchem Alter: _____ Stunden pro Woche: _____)
durch eine Tagesmutter? (ab welchem Alter: _____ Stunden pro Woche: _____)
durch sonstige außerfamiliäre Personen? (ab welchem Alter: _____ Stunden pro Woche: _____)

Zeigte das Kind während der ersten drei Lebensjahre irgendwelche (bislang noch nicht erwähnten) Besonderheiten? ja nein

(Wenn ja: welche? von wann bis wann? _____
_____)

War das Kind während der ersten drei Lebensjahre längere Zeit von der Mutter getrennt?

ja nein

(Wenn ja: von wann bis wann? Wer versorgte es damals? _____)

Spielverhalten als Kleinkind (Ausdauer, Konzentration, Selbständigkeit, Einfallsreichtum, alleine/mit anderen):

4.4 Kindergarten

Kindergartenbesuch von _____ bis _____ .

Name des Kindergartens: _____

Hatte Ihr Kind dort Schwierigkeiten? ja nein

(Wenn ja: welche? _____
_____)

4.5 Schule

Einschulung: Monat/Jahr: _____

- zeitgerecht
 zurückgestellt
 vorzeitig

Bitte geben Sie hier die vorherigen Schulen an, die Ihr Kind bisher besucht hat:

Name der Schule/Ort	vom/bis Schuljahr	von/bis Jahr	ggf. Abschluss
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Derzeitige Schule: _____ Klasse: _____

Hat Ihr Kind längere Zeit gefehlt? ja nein
(Wenn ja: wann, warum, wie lange? _____)

Hat Ihr Kind Klassen wiederholt? ja nein
(Wenn ja: welche? _____)

Bestanden/bestehen Leistungsprobleme? ja nein
(Wenn ja: seit wann, bis wann, in welchen Fächern? _____
_____)

Ging/geht Ihr Kind gerne zur Schule? ja nein
Welches waren/sind die Lieblingsfächer? _____
Welche Fächer wurden/werden am wenigsten gemocht? _____

Bestanden/bestehen in der Schule folgende Verhaltensprobleme?

Kontaktstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Eigene Aggressivität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Aggressionen durch andere/„Opferrolle“	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verträumtheit/Aufmerksamkeitsstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
„Clown“-Rolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Sonstige Probleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(wenn ja: welche? _____)

Wurde Ihr Kind jemals...
... schulpsychologisch untersucht? ja nein
... in einer Erziehungsberatung vorgestellt? ja nein
(Wenn ja: wann, weshalb? _____
_____)

Wann kam/kommt Ihr Kind aus der Schule nach Hause? _____

Durchschnittliche Dauer der Hausaufgaben: _____

Wird/wurde Ihr Kind dabei beaufsichtigt? ja nein (wann ja: durch wen? _____)
Hat/hatte es dafür einen festen Arbeitsplatz? ja nein (wenn ja: wo? _____)
Ergeben sich dabei Schwierigkeiten? ja nein (wenn ja: welche? _____)
Bekommt/bekam es Nachhilfeunterricht? ja nein (wenn ja: in welchen Fächern? _____)

4.6 Lehre/berufliche Tätigkeit

Lehrstelle als _____ seit _____
Arbeitsstelle als _____ seit _____

- Arbeitet Ihr Kind mit Freude und Einsatzbereitschaft? ja nein
- Ist Ihr Kind bei der Arbeit gewissenhaft, zuverlässig? ja nein
- Kommt Ihr Kind pünktlich zur Arbeit? ja nein
- Gibt es Schwierigkeiten mit Mitarbeitern? ja nein
- Gibt es Schwierigkeiten mit Kollegen? ja nein
- Gab es Lehrstellen- oder Arbeitsstellenwechsel? ja nein

(wenn ja: wann, warum? _____)

4.7 Körperliche Erkrankungen in der Vergangenheit

- Masern (wann? _____)
- Mumps (wann? _____)
- Windpocken (wann? _____)
- Scharlach (wann? _____)
- Keuchhusten (wann? _____)
- Röteln (wann? _____)
- Borreliose (wann? _____)
- Hirnhautentzündungen (wann? _____)
- Unfälle (welche, wann? _____)
- Operationen (welche, wann? _____)
- Krampfanfälle (Epilepsie) ja nein

(wenn ja: wann war der erste Anfall? _____ Wann war der letzte Anfall? _____)

Beschreiben Sie bitte die Art der Anfälle (Hauptsymptome): _____)

Sonstige Erkrankungen ja nein (welche, wann? _____)

Bisherige Krankenhausaufenthalte:

Wann?	Wie lange?	Weshalb?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Bisherige fachärztliche Behandlungen (z. B. Augenarzt, HNO): Wann, weshalb? _____

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit längere Zeit Medikamente (auch pflanzliche Präparate oder Homöopathika) eingenommen? Wenn ja, bitte hier angeben:

Name	von... bis	Dosierung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4.8 Allgemeines

Im Leben vieler Menschen spielen religiöse Fragen eine wichtige Rolle. Dazu einige Fragen:

Wie wichtig sind religiöse Fragen ...

... für Ihr Kind:	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> eher unwichtig	<input type="checkbox"/> bedeutungslos
... für den Vater:	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> eher unwichtig	<input type="checkbox"/> bedeutungslos
... für die Mutter:	<input type="checkbox"/> sehr wichtig	<input type="checkbox"/> eher wichtig	<input type="checkbox"/> eher unwichtig	<input type="checkbox"/> bedeutungslos

Gehören Ihr Kind, Vater oder Mutter einer Religion/Konfession an? Wenn ja, welcher?

Kind: _____ Vater: _____ Mutter: _____

Eine große Zahl von Menschen erlebt in ihrem Leben Dinge, die sie sich nicht erklären können (z. B. Träume, die sich dann bewahrheitet haben, o.ä.). Haben Ihr Kind, Sie oder ein naher Angehöriger schon einmal beabsichtigt oder unbeabsichtigt paranormale/übernatürliche Erfahrungen gemacht?

ja nein

Haben Ihr Kind, Sie oder ein naher Angehöriger paranormale/übernatürliche Erfahrungen aktiv gesucht (z. B. durch Wahrsagepraktiken, Spiritismus, o.ä.)?

ja nein

(Falls sie eine der beiden obigen Fragen mit ja beantwortet haben, wäre es von Interesse zu erfahren, wie Sie diese Erlebnisse oder Aktivitäten verstehen oder interpretieren. Dies können wir, sofern Sie das wünschen, gerne im Erstgespräch besprechen).

War Ihr Kind einmal für längere Zeit von zu Hause abwesend? ja nein

(Wenn ja: wann, wo, weshalb? _____)

Bisherige Umzüge:

Monat/Jahr	von	nach	Grund
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

5 Aktuelles Befinden des Kindes

5.1 Seelisches und soziales Befinden

Im Folgenden sind verschiedene Bereiche des seelischen und sozialen Befindens genannt. Bitte schildern Sie zu jedem Bereich Schwierigkeiten, aber auch erfreuliche Eigenschaften Ihres Kindes.

*Bitte beschreiben Sie möglichst zutreffend die Besonderheiten, die **innerhalb der letzten vier Wochen** Ihrer Meinung nach im entsprechenden Bereich vorlagen. Die in Klammern stehenden Merkmale sind dabei Hinweise, die Ihnen verdeutlichen sollen, was mit der Frage gemeint ist.*

Kontaktverhalten (aufgeschlossen, Kontakt aktiv suchend, gehemmt, schüchtern, ängstlich, distanzlos, desinteressiert, sich absondernd, zurück gezogen, ...)

Sozialverhalten (an Normen orientiert, folgsam, Mitläufer, dominant, sich unterordnend, diskussionsfreudig, Lügen, Stehlen, eher Einhalten/Ignorieren von Regeln, oppositionell, Schule schwänzen, ...)

Zu Hause (Eltern, Geschwister): _____

In Schule/Kindergarten/Arbeit: _____

Gegenüber Freunden: _____

Selbständigkeit (beim Waschen, Essen, Anziehen, Aufträge ausführen o.ä., bezüglich Sauberkeit, Ordnung – bemüht sich, guter Wille vorhanden, „drückt“ sich, es gelingt nicht, sehr hilfsbereit, geschickt, ungeschickt, unsicher, leicht verwirrt, ...)

Aufmerksamkeit und Konzentration (konzentriert, Aufmerksamkeit rasch wechselnd, ablenkbar, wach, rasch nachlassend, verträumt, ...)

Bewegung (ruhig, lebhaft, bizarre Bewegungen, einschließende Bewegungen, wie Augenzwinkern, Nase-rümpfen,..., gekünstelt,...)

Sprache (klar, deutlich, rasch, überstürzt, undeutlich, Stottern, Lispeln, versteht gut, Verständnisstörung, spricht viel/wenig/kaum, nur bei bestimmten Leuten, ...)

Mut/Angst (traut sich viel, leichtsinnig, eher ängstlich, Panikattacken, bestimmte Ängste, z. B. vor Menschenmengen, vor Leuten stehen, Fremden, Höhe, ..., fast immer ängstlich, ...)

Gefühlsleben/Stimmung (ausgeglichen, fröhlich, missmutig, traurig, rasch wechselnd mit/ohne Grund, bedrückt, weint rasch, rasch gereizt, Stimmung gehoben, gedrückt, ...)

Antrieb (aktiv, passiv, apathisch, überdreht, umtriebiger, ohne Ausdauer, ...)

Rituale (tut Dinge immer in der gleichen Abfolge, zwanghaft, Beunruhigung bei Unterbrechung, ...)

Appetit (isst normal, muss gefüttert werden, Nahrungsverweigerung, Heißhunger, wählerisch, verwöhnt)

Körpergröße _____ cm, Körpergewicht _____ kg

Schlaf (ruhig, ausreichend, zu wenig, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, unruhig, sehr tief, oberflächlich, lebhaft Träume, Albträume, mag nicht alleine schlafen, steht häufig auf, ...)

Wann geht Ihr Kind zu Bett? _____ Wann steht es auf? _____

Sauberkeitsentwicklung (geht selbständig zur Toilette, einnässen/einkoten tags/nachts, noch nie vollständig sauber gewesen, muss regelmäßig zur Toilette gebracht werden, wird gewickelt, ...)

Gedankengänge (geordnet, sprunghaft, logisch, ungeordnet, weitschweifig, verworren, zähflüssig, zerfahren, zähflüssig, ...)

Ideen/Einfälle (Fantasiebegleiter, lebhaft Fantasia, realistisch, unrealistisch, einfallsreich, kreativ, hört Stimmen/sieht Dinge, die andere nicht hören/sehen, „verrückte“ Ideen oder Überzeugungen, ...)

Halten sie Ihr Kind für altersgemäß entwickelt...

... in körperlicher Hinsicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (wenn nein: Altersstand)
... in geistiger Hinsicht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (wenn nein: Altersstand)
... im lebenspraktischen Verhalten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein (wenn nein: Altersstand)

5.2 Beziehungen zur Umwelt

Wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern? _____

Wie ist das Verhältnis zu anderen Kindern/Jugendlichen? _____

Hat Ihr Kind feste Freunde/Freundinnen? ja nein

Wenn ja: Wie häufig sieht es diese? _____

Zu welchen Personen innerhalb und außerhalb der Familie hat Ihr Kind den besten Kontakt?

5.3 Körperliches Befinden

Ist Ihr Kind geimpft gegen...

... Polio (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Masern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Röteln	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... HiB (Haemophilus influenzae Typ B)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Pneumokokken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Meningokokken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Varizellen (Windpocken)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... HPV (Humanes Papillomavirus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... FSME	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... Tuberkulose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
... sonstige Infektionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(welche: _____)

Gab es nach Impfungen Komplikationen? ja nein

(Wenn ja: wann, welche? _____)

Ist eine altersgemäße sexuelle Aufklärung erfolgt? ja nein (wenn ja: durch wen: _____)

In welchem Alter begann die körperliche Reifung (Schambehaarung, Brustentwicklung)? _____

Bei Mädchen: Auftreten der ersten Regelblutung: _____

Monatsblutung regelmäßig? ja nein

Auffälligkeiten während der Pubertät in der körperlichen oder seelischen Entwicklung?

ja nein

(Wenn ja: welche? _____)

Auffälligkeiten im Sexualverhalten? ja nein

(Wenn ja: welche? _____)

Derzeitige Erkrankungen:

- Kurz- oder Weitsichtigkeit (Seite, Stärke, Brille:)
- Sonstige Sehstörungen (welche?)
- Hörstörungen (wie stark auf welcher Seite?)
- Sprachstörung (welche?)
- Allergien (wogegen?)
- Asthma
- Hautreaktionen (wann?)
- Verstopfung
- Häufiges Erbrechen
- Auffallender Durst
- Auffallende Müdigkeit
- Körperbehinderung (welcher Art?)
- Geistige Behinderung (welcher Art?)
- Krampfanfälle (Epilepsie)

(wenn ja: wie häufig? _____ Wann wurde das letzte EEG angefertigt? _____)

Beschreiben Sie bitte die Art der Anfälle (Hauptsymptome): _____
_____)

Welche Medikamente (auch pflanzliche Präparate oder Homöopathika) nimmt Ihr Kind aktuell ein?

Name	seit wann?	Dosierung
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5.4 Freizeit- und Spielverhalten

Halten Sie die Freizeit Ihres Kindes für ausreichend? ja nein

Freizeitaktivitäten: _____

Hat Ihr Kind in seinem Zimmer einen eigenen...

- ... Fernseher? ja nein
- ... Computer/Tablet/Notebook? ja nein (wenn ja: mit ohne Internetzugang?)
- ... Spielkonsole (Playstation, Wii, etc.)? ja nein

Hat Ihr Kind ein Smartphone? ja nein

Durchschnittlicher täglicher Fernsehkonsum: _____

Bevorzugte Sendungen: _____

Durchschnittlicher täglicher Computer- und Spielkonsolengebrauch: _____

Durchschnittlicher täglicher Smartphonegebrauch: _____

Bevorzugte Programme/Tätigkeiten: _____

Mitgliedschaft in Vereinen, Jugendgruppen, etc.: _____

Spielverhalten heute (Ausdauer, Konzentration, Selbständigkeit, Einfallsreichtum, alleine/mit anderen):

Wie viel Freizeit (außer Hausaufgaben, Mahlzeiten, Erledigungen) pro Woche verbringen Sie mit ihrem Kind?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie gestalten Sie diese Zeit?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie viele gemeinsame Mahlzeiten pro Woche haben Sie mit Ihrem Kind?

Mutter: _____

Vater: _____

5.5 Wirtschaftliche Verhältnisse der Familie

Bekommt Ihr Kind ein regelmäßiges Taschengeld? ja nein

Wenn ja: wie viel? _____ pro Woche Monat

Was macht es meistens damit? _____

Werden die Ausgaben kontrolliert? ja nein

Halten Sie die finanzielle Situation Ihrer Familie für gut ausreichend nicht ausreichend?

Wie groß ist Ihre Wohnung? _____ m²

Wie viele Zimmer? _____ Miete Wohneigentum

Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

(Wenn nein: mit wem teilt es sich das Zimmer: _____)

Beurteilen Sie ihre Wohnverhältnisse als gut? ja nein

Haben Sie häufig Besuch zu Hause? ja nein

Sind Sie gerne in Gesellschaft? ja nein

Wie verbringen Sie selbst meistens Ihre Freizeit/was sind Ihre Hobbys?

Vater: _____

Mutter: _____

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, diese Fragen zu beantworten!

Häufig ist es für die Diagnostik und Behandlung hilfreich, mit anderen involvierten Stellen zum Zwecke des Informationsaustausches Kontakt aufzunehmen, ggf. auch Berichte anzufordern. Um mir dies zu ermöglichen, bitte ich Sie, - Ihr Einverständnis vorausgesetzt - auf der letzten Seite die entsprechenden Stellen anzugeben und mit Ihrer Unterschrift Ihr Einverständnis dazu zu geben.

Relevant sind die Stellen, die bisher in die Behandlung Ihres Kindes involviert waren, sofern der Grund der damaligen Behandlung einen möglichen Zusammenhang zu Ihrer Vorstellung in meiner Praxis hat.

Hiermit entbinde ich die Praxis Dr. Martin Feichtinger im Rahmen der Behandlung meines Kindes

Name, Vorname des Kindes *geb. am* *wohnhaft*

gegenüber folgenden Stellen von der gegenseitigen Schweigepflicht (bitte ankreuzen und Namen eintragen, leere Zeilen ggf. streichen):

Hausarzt: _____

Kinderarzt: _____

Psychotherapeut/in: _____

Kindergarten: _____

Schule (Klassenlehrer/in): _____

Schulpsychologischer Dienst: _____

Krankenhaus: _____

Erziehungsberatungsstelle: _____

Jugendamt: _____

Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum *Name des/der Sorgeberechtigten* *Unterschrift des/der Sorgeberechtigten*

Unterschrift des Kindes/Jugendlichen