

*Liebe Eltern,*

---

danke für das Vertrauen, dass Sie uns mit der Anmeldung Ihres Kindes in unserer Praxis entgegen bringen!

Gerne möchten wir Ihnen einige Informationen vorab zukommen lassen.

Um die Behandlung möglichst gut zu gestalten, hilft es uns, zuvor über einige Fragestellungen bezüglich der jetzigen Problematik und der bisherigen Entwicklung informiert zu sein. Dazu haben wir Ihnen den Elternfragebogen angefügt, den Sie ab der folgenden Seite finden. Bitte füllen Sie diesen aus und senden Sie ihn uns *innerhalb von zwei Wochen* zu.

Zum ersten Termin selbst bringen Sie bitte folgendes mit:

- ✓ Die Versichertenkarte („Chipkarte“)
- ✓ Das gelbe U-Heft
- ✓ *Falls Sie zu uns überwiesen worden sind:* Die Überweisung
- ✓ *Falls Sie Ihr Kind wegen schulischer Leistungs- oder Verhaltensprobleme vorstellen:*  
Die bisherigen Zeugnisse
- ✓ *Falls vorhanden:* Relevante Vorbefunde (Ärzte, Kliniken, Logopädie, Ergotherapie, usw.)
- ✓ *Falls vorhanden:* Förderpläne und Gutachten
- ✓ *Falls sie als Eltern getrennt lebend, aber gemeinsam sorgeberechtigt sind:* Eine formlose schriftliche Behandlungseinwilligung des Elternteils, der nicht mit zum Erstgespräch kommt.

Bitte kommen Sie zum ersten Termin mindestens 5 Minuten früher, damit wir einige Formalitäten vorab erledigen können.

Falls Sie Fragen haben, zögern Sie bitte nicht, uns anzurufen (0361 2251437) oder anzumailen (info@praxis-feichtinger.de).

Vielen Dank für Ihre Kooperation und freundliche Grüße von Ihrem Team der

Praxis Dr. Feichtinger





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 Psychotherapeuten, 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"/> <i>miteinander...</i> , <input type="checkbox"/> <i>miteinander...</i>	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> in Lebensgemeinschaft <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 eingemischt...  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, umtrieblich, 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?  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? \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

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: \_\_\_\_\_

Kindergarten: \_\_\_\_\_

Schule (Klassenlehrer): \_\_\_\_\_

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*