



Dr. med. Angela Klinger und Michel Wolter
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Essener Str. 66 – 46047 Oberhausen
Tel: 0208 – 63 51 838 Fax: 0208 – 63 51 837 E-Mail: praxis@kjp.ruhr

Elternfragebogen

Personalien:

	Kind	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Mutter	Vater
Vor- & Zuname:	_____		_____	_____
Straße, Nr.:	_____		_____	_____
PLZ, Wohnort:	_____		_____	_____
Festnetz:	_____		_____	_____
Mobil:	_____		_____	_____
Geburtsdatum:	_____		_____	_____
Staatsangehörigkeit:	_____		_____	_____

Mitbehandelnde Kollegen:

Kinderarzt: _____ Hausarzt: _____

Waren Sie bereits bei anderen Stellen zu Untersuchungen oder Behandlungen? (z.B. Arztpraxen, SPZ, Klinik, Kur, Reha, Erziehungsberatungsstelle, Jugendhilfe, Frühförderstelle, Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik)
Bitte nennen Sie den Namen und den Behandlungszeitraum:

Familie:

Das Sorgerecht obliegt: Mutter Vater Vormund Kontaktdaten
Vormund _____

Die Eltern leben zusammen getrennt geschieden ein Elternteil ist verstorben

Das Kind lebt bei Mutter Vater Heim Pflege- / Adoptivfamilie

zudem leben folgende Personen mit im Haushalt: _____

Eltern:

	Mutter <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Pflegemutter	Vater <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Pflegevater
Schulabschluss:	_____	_____
Ausbildung / Studium:	_____	_____
Aktuelle berufliche Tätigkeit:	<input type="checkbox"/> teilzeit <input type="checkbox"/> vollzeit	<input type="checkbox"/> teilzeit <input type="checkbox"/> vollzeit

Geschwister:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schule / Beruf: _____

Sind in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tante/Onkel) psychiatrische oder chronische körperliche **Erkrankungen** bekannt?

Psychiatrisch: (z.B. Depressionen, Ängste, etc.) _____

Körperlich: (z.B. Diabetes, Krebs, Herzerkrankungen, etc.) _____

Patientenanamnese:

Worüber machen Sie sich Sorgen bei Ihrem Kind?

Gab es während der Schwangerschaft, Geburt und frühkindlichen Entwicklung Besonderheiten?

- Schwangerschaftskomplikationen Frühgeburt Kaiserschnitt Sauerstoffmangel/Beatmung Brutkasten
 Entwicklungsverzögerung Behinderungen Kinderkrankheiten Krankenhausbehandlung OPs
 Impfunverträglichkeiten Allergien Unfälle schwere Erkrankungen

Bitte tragen Sie hier ggf. Zusatzinformationen dazu ein:

Wie alt war Ihr Kind bei den folgenden Ereignissen:

Laufen: _____ Sprechen: _____ Trocken: _____ Sauber: _____
Erste Periode (Mädchen): _____ regelmäßig unregelmäßig

Schlafgewohnheiten:

Unser Kind schläft: im eigenen Bett und Zimmer seit _____ (Alter) manchmal im Bett der Eltern immer im Bett der Eltern
Zubettgehzeit: _____ Unter der Woche: _____ Am Wochenende: _____

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind ein?

Name: _____ Dosierung: _____ Einnahmegrund: _____
Name: _____ Dosierung: _____ Einnahmegrund: _____

Kindergarten / Schule:

- Kindergarten Grundschule Hauptschule Realschule Gesamtschule Gymnasium
 Förderschule Berufsschule sonstiges Name der Schule: _____
Alter bei: _____ Kindergartenbesuch: _____ Jahre Einschulung: _____ Jahre
Aktuelle Klasse: _____ Klasse wiederholt: ja, welche _____ nein
Gab es Wechsel des Kindergartens _____ der Schule _____

Gab es Kontakt mit dem Schulsozialarbeiter oder Klassenkonferenzen wegen Ihres Kindes? ja nein
Grund: _____

Um wie viel Uhr kommt Ihr Kind täglich aus der Schule?

Montag _____ Dienstag _____ Mittwoch _____ Donnerstag _____ Freitag _____
Ist es in einer Ganztagsbetreuung? ja, bis _____ Uhr nein

Freizeitaktivitäten:

Vereinssport _____ Musik / Instrumente _____
Medienkonsum: Konsole TV PC _____ Std. pro Tag
Verabredungen mit anderen Kindern _____ Mal pro Woche Monat
Sonstige Hobbys: _____

Die Angaben wurden gemacht von: _____ Datum: _____