



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: \_\_\_\_\_