



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

Fragebogen

Personalien:

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

Mitbehandelnde Kollegen:

Hausarzt: _____

Warst Du bereits bei anderen Stellen zu Untersuchungen oder Behandlungen? (z.B. Arztpraxen, SPZ, Klinik, Kur, Reha, Erziehungsberatungsstelle, Jugendhilfe, Frühförderstelle, Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik)

Bitte nenne den Namen und den Behandlungszeitraum:

Familie:

Deine Eltern leben zusammen getrennt geschieden ein Elternteil ist verstorben
Du lebst bei Mutter Vater Heim Pflege- / Adoptivfamilie alleine
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:

Warum stellst Du Dich In unserer Praxis vor?

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 trage hier ggf. Zusatzinformationen dazu ein: _____

Wie alt warst Du bei den folgenden Ereignissen:

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

Schlafgewohnheiten:

Du schläfst: 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 nimmst Du ein?

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

Schule / Arbeit:

Gesamtschule Gymnasium Berufsschule Name der Schule: _____
 Uni Ausbildung Arbeit Beruf / Studium: _____

sonstiges: _____

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 Dir? ja nein

Grund: _____

Abgebrochene Schule / Uni / Ausbildung: _____

Um wie viel Uhr kommst Du täglich aus der Schule / Uni / von der Arbeit?

Montag _____ Dienstag _____ Mittwoch _____ Donnerstag _____ Freitag _____

Freizeitaktivitäten:

Vereinssport _____ Musik / Instrumente _____

Medienkonsum: Konsole TV PC _____ Std. pro Tag

Verabredungen mit anderen: _____ Mal pro Woche Monat

Sonstige Hobbys: _____

Die Angaben wurden gemacht von: _____

Datum: _____
