

Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 0561 – 31 00 63 11 11

eMail: ambulanzen-kjp.kassel@vitos-kurahessen.de

Vitos Kinder- und Jugendambulanz für

psychische Gesundheit Kassel

Herkulesstraße 111

34119 Kassel

*Bitte füllen Sie diesen Antrag vollständig aus und
senden ihn uns in einem ausreichend
frankierten Umschlag.*

Vorname des Kindes: _____ Name: _____

geb. am: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Mobil/Handy: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____ ggf. Herkunftsland: _____

überweisender Kinder- / Hausarzt: _____

Adresse Hausarzt: _____

Krankenkasse: gesetzlich privat Name der Krankenkasse: _____

versichert durch: _____ geb.: _____

Wurde das Kind schon einmal in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

nein wenn ja → ambulant stationär



Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:

Vor- und Zuname: _____ ausgefüllt am: _____

Vater Mutter andere Person: welche? _____

Für eine erfolgreiche Beratung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne beim Ambulanztermin zur Verfügung. **Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten.** Hier können Sie und die Kinder bzw. Jugendlichen das Anliegen schildern und gemeinsam mit den TherapeutInnen nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstuntersuchung mit:

Krankenversichertenkarte Überweisungsschein Vorbefunde / Berichte Zeugnisse U-Heft

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Zunächst würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie/Dich zu uns führt.

I. Gründe der Vorstellung

1. **Was sind** die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden liegen vor?

Angabe der Bezugspersonen (Bitte in Stichworten beschreiben)

Angabe des Patienten, wenn möglich (Bitte in Stichworten beschreiben)

2. **Wann ist** dieses Verhalten / sind diese körperlichen Beschwerden Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?

ganz allmählich, etwa mit _____ Jahren beginnend

plötzlich im Alter von _____ Jahren

3. **Gab es** irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

nein ja → welche? _____

4. **Zeigt sich** das Verhalten häufiger oder seltener, wenn das Kind sich an bestimmten Orten aufhält, zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

nein

häufiger bzw. stärker, wenn: _____

seltener bzw. schwächer, wenn: _____

5. **Für wen** ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

6. **Wie haben** Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?

7. **Wie haben** für das Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

8. **Wer hat uns empfohlen?** Mit welchen Erwartungen?

9. **Welche anderen Stellen haben Sie wegen des beschriebenen Verhaltens bereits aufgesucht?**

- Psychotherapie Ergotherapie Frühförderung
 Logopädie Physiotherapie Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Beratungsstellen Sozial-Päd. Zentrum Jugendamt

Anschrift:	Von - Bis:	Aus welchem Anlass:

Bitte bringen Sie entsprechende Unterlagen in Kopie mit.

10. **Welche Untersuchungen/Behandlungen** haben bereits stattgefunden? (Bitte Unterlagen **in Kopie** mitbringen)

11. **Welche Maßnahmen** (z. B. Fördermaßnahmen) wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen?

Mit welchem Erfolg?

12. **Was gefällt** Ihnen an Ihrem Kind besonders?

13. **Was soll** sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

II. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

14. **Wie verlief** die Schwangerschaft?

- ohne Komplikationen
 Komplikationen (wie Schwangerschaftsvergiftung, Erkrankungen der Mutter, Konsum von Nikotin, Alkohol./ Drogen etc.) _____
 Belastungen (wie Erkrankungen im Umfeld, finanzielle Sorgen, Trennungskonflikte, etc.) _____

15. **Wie verlief** die Geburt?

ohne Komplikationen Frühgeburt Geburtsgröße: _____ Geburtsgewicht: _____ Kopfumfang: _____

SS-Woche: _____ APGAR Werte: __ / __ / __ pH-Wert: _____

Komplikationen: (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, blau im Gesicht, usw.):

16. **Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:** _____ Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes: _____

17. **Gab es** nachgeburtliche Komplikationen?

nein ja → welche? _____

18. **Wurde** das Kind gestillt?

nein ja → wie lange? _____

19. **Entwicklung** im 1. Lebensjahr (z.B. pflegeleicht, vermehrtes Schreien, Gedeihstörungen, Schlafstörungen)

20. **Ist das Kind** gekrabbelt? nein ja

21. **Mit wie viel Monaten** lernte das Kind laufen? Monate

22. **Erfolgte** eine krankengymnastische / ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung?

nein ja → was und wann? _____

23. **Wann lernte** das Kind sprechen? Monate

Erste Worte: _____ 2-3-Wort-Sätze: _____ Ganze Sätze: _____

23a **Macht** ihr Kind Fehler in der Aussprache und / oder in der Grammatik? nein ja

23b **Können** Sie mit Ihrem Kind ein wechselseitiges Gespräch führen? nein ja

23c **Erfolgte** eine Sprachtherapie?

nein ja, von: _____ bis: _____ wegen: _____

24. **Besteht** eine Sehschwäche?

nein ja, trägt Brille seit: _____ wegen: _____

25. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung? nein ja → wann? _____

Besteht ein Hörschaden? nein ja, und zwar: _____

26. **Gab es** eine Trotzphase? nein ja, im Alter von: _____

27. **Wann war** das Kind sauber? _____

Wann war es tagsüber trocken? _____ Wann war es nachts trocken? _____



28. **Beginn** der Pubertät?

befindet sich noch nicht in der Pubertät im Alter von: _____ erste Monatsblutung im Alter von: _____

29. **Leidet das Kind** an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen angeborenen Erkrankungen?

nein ja → seit wann, welche? _____

30. **Nimmt das Kind** regelmäßig Medikamente ein?

nein ja → welche? _____

31. **War das Kind** schon einmal im Krankenhaus?

nein ja → Alter von? Krankheit? Operation? _____

32. **Hat das Kind** schon einmal einen Unfall erlitten?

nein ja → wann? Art des Unfalls? _____

33. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt? _____

34. Gab es **Impfzwischenfälle**? _____

35. Hat Ihr Kind **Unverträglichkeiten**, Allergien gegen Medikamente oder Substanzen?

nein ja → wenn ja, welche? Penicillin Gluten Laktose Andere

III. Kindergarten - Schule

36. Krippenbesuch / Tagespflege: im Alter von _____

37. Wie ist / war das Verhalten in der Krippe / Tagespflege

ohne Probleme konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

38. **Kindergartenbesuch:**

im Alter von: _____ besuchte keinen Kindergarten, weil: _____

39. wurde halbtags besucht der Kindergarten wurde ganztags besucht

40. **Wie ist / war** das Verhalten im Kindergarten?

ohne Probleme konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

41. **Besuchte** das Kind den Kindergarten bis zum Schulbesuch? nein ja

Nur falls noch Kindergartenkind:

42. **Das Kind besucht** zurzeit folgenden Kindergarten

Regelkindergarten Heilpädagogischer Kiga Sprachheil Kiga Waldkindergarten etc...

Name und Anschrift des Kindergartens: _____

Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie die Fragen 40 bis 49 überspringen.

43. **Das Kind besucht** zurzeit folgende Schule / folgenden Schultyp:

Vorschule Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Gesamtschule

Förderschule aktuelle Klassenstufe: _____ Nachmittagsbetreuung : ja nein:

Name und Anschrift der Schule: _____

44. **Schulzeit:**

eingeschult im Alter von: _____ Jahren vorzeitig / verspätet weil: _____

von bis Schulart: Ort:

von bis Schulart: Ort:

von bis Schulart: Ort:

Wurde eine Klasse wiederholt? ja nein

Wenn ja, welche und warum:

Zeitweise kein Schulbesuch: Von Bis.

Aufgrund?.....

45. **Geht das Kind** gern zur Schule?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> verspätet sich oft |
| <input type="checkbox"/> geht regelmäßig | <input type="checkbox"/> hat regelmäßig Angst vor der Schule |
| <input type="checkbox"/> erscheint unterfordert <input type="checkbox"/> überfordert | <input type="checkbox"/> schwänzt die Schule |
| <input type="checkbox"/> hat keine Lust | |
| <input type="checkbox"/> fehlt oft wegen _____ | |



46. **Welche besonderen** schulischen Interessen hat das Kind?

47. **Welche Fächer** fallen dem Kind schwerer?

48. **Ist die Versetzung** in die nächste Klasse gefährdet?

nein ja, wegen: _____

49. **Was beanstanden** die Lehrer besonders an den Leistungen und / oder dem Verhalten des Kindes?

Bitte in Stichworten beschreiben: _____

Was loben sie, wo fällt es positiv auf? _____

Bitte in Stichworten beschreiben: _____

50. **Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch das Kind?**

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend: ____

- muss meistens dazu besonders aufgefordert werden
- trödelt, unkonzentriert
- arbeitet nachlässig
- dem Kind muss ständig geholfen werden
- verschweigt oft, dass es Hausaufgaben aufhat
- weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen



51. **Dauer** der Hausaufgaben? _____

52. **Wer betreut** das Kind dabei? _____

IV. Freizeit - Freunde - Fähigkeiten

53. **Ist das Kind** in einer Kinder-, Jugendgruppe oder in einem Verein?

nein ja, in: _____

54. **Wie schätzen Sie** die Kontakte des Kindes zu Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

- spielt mit vielen Kindern
- hat 1-2 gute Freunde
- hat keine Freunde
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
- hat Schwierigkeiten, weil _____



55. **Welche besonderen** Neigungen, Hobbys hat das Kind?



56. **Worin sehen Sie** seine besonderen Fähigkeiten?

57. **Womit beschäftigt sich Ihr Kind in seiner freien Zeit?** Mein Kind:

- trifft sich mit Freunden
- beschäftigt sich mit _____
- Medienkonsum Dauer (z.B. Fernsehen, PC, Smartphone): Wie viele Std? _____
- Wofür werden elektronische Medien eingesetzt (z.B. Social Media, Spiele, Lernen) _____
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich



V. Weitere Problembereiche

Es folgen nun Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, in denen Kinder und Jugendliche unserer Erfahrung nach eventuell Schwierigkeiten oder Probleme haben **könnten**. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen, damit wir uns ein umfassendes Bild machen können.

58. **Ist das Kind** oft sehr unruhig und / oder fällt es ihm schwer, aufmerksam zu sein?

- nein / insbesondere bei (beschreiben Sie ggf. die Tätigkeit / das Spiel) _____

- ja / seit wann? In welchen Situationen (zu Hause, in der Schule, Freizeit)? _____

59. **Kommt es** bei dem Kind sehr häufig vor, dass es trotzig ist und Erwachsene oder Kinder ärgert?

- nein ja → In welchen Situationen und wem gegenüber?
 - nur zu Hause gegenüber Mutter / Vater / Geschwistern
 - nur in der Schule, Mitschülern / Lehrern gegenüber
 - im Freizeitbereich
 - überall



60. **Kommt es vor**, dass das Kind tagsüber oder nachts einnässt?

- nein ja → war schon einmal länger als 6 Wochen hintereinander trocken
- nässt tags ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche
- nässt nachts ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche
- Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt? _____
- nahm / nimmt welche Medikamente ein? _____

61. **Kommt es vor**, dass das Kind tagsüber oder nachts einkotet?

nein ja → kotet tags ein, seit: ___ ca.: ___ mal pro Woche

kotet nachts ein, seit: _____ ca.: _____ mal pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt? _____

62. **Ist das Kind** sehr aggressiv oder ungehorsam anderen Personen gegenüber? Wir meinen damit z.B., dass es stiehlt, häufig wegläuft, in Schlägereien verwickelt ist, mit Gegenständen andere bedroht, fremdes Eigentum absichtlich beschädigt, zündelt, Tiere quält, einbricht, die Schule schwänzt, Kontakt mit der Polizei hat, sexuelle Übergriffe begangen hat usw...

nein ja → *Bitte in Stichworten beschreiben:* _____

63. **Trinkt** das Kind Alkohol?

nein ja → Was, wie viel und wie häufig pro Woche? _____

64. **Raucht** das Kind?

nein ja → Wie häufig und wie viel pro Tag? _____

65. **Nimmt das** Kind irgendetwas (Medikamente, Drogen), um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?

nein ja → Was und wie viel pro Woche? _____

66. **Gab es** schon einmal eine Zeit, in der das Kind über längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war?

nein ja → seit wann, wie lange? _____

traurig, bedrückt

ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem

interesselos an den meisten Dingen

unangemessen fröhlich

schläft sehr viel / sehr wenig

kann sich schlecht konzentrieren

fühlt sich schuldig

fühlt sich wertlos

Bitte beschreiben: _____



67. **Spricht das Kind** öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will; oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbstmordversuch begangen?

nein ja → seit wann, wie oft? Bitte beschreiben:

68. **Hat das Kind** große Angst oder Befürchtungen und / oder reagiert es bisweilen panisch?

nein ja → seit wann, wie lange?



körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen

Angst sich zu trennen: Von wem? _____

Angst, dass jemand etwas zustößt: Wem? _____

Angst vor bestimmten Dingen: _____

Angst vor bestimmten Orten, z.B. Geschäften, Fahrstühlen, Menschenmengen:

Befürchtungen, dass es einen Angstanfall bekommen könnte

sehr ängstlich, aufgeregt, nervös, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist

Bitte beschreiben: _____

69. **Fallen Ihnen** im Verhalten des Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf oder besteht es auf bestimmten Abläufen oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?

nein ja → seit wann, wie lange? Bitte beschreiben:

Das Kind:

wäscht sich immer wieder die Hände

kontrolliert immer wieder: _____

wiederholt immer wieder: _____

berichtet von immer wiederkehrenden Gedanken, Vorstellungen

macht sich mehr Sorgen als eigentlich nötig wären:

Worüber? Um wen? _____



70. **Haben Sie** den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemandem so etwas geschehen ist?

nein ja → wann, was? Bitte beschreiben:

71. **Hat es schon** einmal eine Zeit gegeben, in der das Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z.B. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten?

nein ja → wann, was? Bitte beschreiben:

72. **Wenn möglich**, geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an: ____ cm ____ kg

73. **Sind Sie** mit dem Gewicht zufrieden?

ja

wiegt zu wenig

hat stark abgenommen: _____ kg innerhalb von: _____

wiegt zu viel

hat stark zugenommen: _____ kg innerhalb von: _____

74. **Machen Sie** sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes?

nein ja → seit wann?: _____

Das Kind:

isst zu viel

nimmt Abführ- oder Diätmittel ein

isst zu wenig

erbricht nach der Mahlzeit

hat Essanfälle oder Heißhungerattacken

75. **Wie lange** schläft ihr Kind in der Regel?

Dauer des Nachtschlafs: _____

Einschlafprobleme

Durchschlafprobleme

Häufiges nächtliches Aufschrecken

Alpträume



76. **Klagt das Kind** häufiger über körperliche Beschwerden?

nein ja → seit wann, wie oft, in welchen Situationen? _____

Das Kind hat:

Kopfschmerzen: Häufigkeit? _____

Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen: Häufigkeit? _____

Tics (Blinzeln, Kopfwerten, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.) Häufigkeit? _____

erbricht nach der Mahlzeit

sonstige Beschwerden: _____

77. **Hier ist Raum** für alle Dinge, die für Sie noch wichtig sind, die wir aber vielleicht nicht erfragt haben.

VI. Familiäre Situation

78. **Name des Vaters** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

79. **Name der Mutter** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

80. **Familiäre Situation:**

Mutter und Vater in Partnerschaft seit: _____

Mutter / Vater verstorben seit: _____

Mutter / Vater krank, behindert: _____

getrennt / geschieden seit: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

in neuer Partnerschaft, wer, seit? _____

Kind wurde adoptiert im Alter von: _____

Pflegekind, seit: _____

Kind lebte im Heim von: _____ bis: _____



80a. **Großeltern**

- Mutter des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ja nein
- Vater des Vaters, Alter: _____ Kontakt: ja nein
- Mutter der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ja nein
- Vater der Mutter, Alter: _____ Kontakt: ja nein

81. **Von wem** wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

- von der Mutter vom Vater von den Großeltern
- von: _____

82. **Welche weiteren** Personen leben zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt oder üben einen Einfluss auf die Erziehung des Kindes aus?

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern?

a) bei wem lebt das Kind?

- bei der Mutter beim Vater lebt nicht bei den Eltern, sondern bei: _____

b) wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil?

- überhaupt nicht etwa alle _____ Wochen bzw. _____ mal jährlich

83. **Wer betreut** das Kind, wenn es vom Kindergarten / von der Schule nach Hause kommt?

84. **Sind sich die Eltern** hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

- ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

85. **Hat das Kind** zu Hause regelmäßige Pflichten/Aufgaben?

- nein ja → welche? _____

86. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum	Schule / Ausbildung
---------------------	---------------------



87. **Wohnverhältnisse:**

- ausreichend: _____
- ungünstige, beengte Verhältnisse: _____
- Kind teilt sich Zimmer mit: _____
- häufiger Wohnungswechsel: _____

88. **Finanzielle Situation:** zufriedenstellend ausreichend belastend

89. **Wurde irgendjemand** aus der Familie des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Ess-, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hatte jemand solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?

nein ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*) _____

90. **Belastungsfaktoren:** Gibt es aktuelle oder vergangene belastende Ereignisse, die Ihre Familie betreffen? (zum Beispiel Krankheiten, Unfälle oder Behinderungen von Angehörigen, Todesfälle...)

91. nein ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*) _____

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

alleiniges Sorgerecht

gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Kassel, Herkulesstraße 111, 34119 Kassel bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter: _____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters: _____

*(Bitte beachten Sie, dass wir in jedem Fall die Unterschrift von **beiden** sorgeberechtigten Eltern benötigen)*

Name, Adresse und Telefonnummer beider Sorgeberechtigten:

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Kassel, Herkulesstraße 111, 34119 Kassel bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: _____