

Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 06631 776 180
ambulanz-kjp.alsfeld.gmr@bitos.de

**Vitos Kinder- und Jugendambulanz für
psychische Gesundheit Alsfeld
Jahnstr. 37
36304 Alsfeld**

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

Vorname des Kindes: _____ **Name:** _____

geb. am: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße: _____ Tel.: _____

Mobil/Handy: _____ E-Mail: _____

Nationalität: _____ ggf. Herkunftsland: _____

überweisender Kinder- / 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

Besucht zur Zeit Kindergarten Schule



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 Therapeuten nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstuntersuchung mit:

Krankenversichertenkarte Überweisungsschein Vorbefunde / Berichte/ Zeugnisse (in Kopie) 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 Behandlung auf keinen Fall verändern?

Einverständniserklärung zur ambulanten Vorstellung

Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Alsfeld, Jahnstraße 37, 36304 Alsfeld, Tel.: 06631-77618-0

Das Sorgerecht für das Kind / die/den Jugendliche/n _____

geb. _____, wh. _____

liegt

vollständig,

teilweise (Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsorge; rechtliche Vertretung gegenüber Ämtern und Behörden; Recht auf Antragstellung öffentlicher Hilfen bzw. Hilfen nach dem SGB VIII)

bei beiden Eltern, der Mutter, dem Vater

sonstigen Personen _____

Hiermit erkläre ich / erklären wir

Name: _____

wohnhafte: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Name: _____

wohnhafte: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

mich/uns damit einverstanden, dass unser Sohn / unsere Tochter in der Kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz Alsfeld zur ärztlichen und psychologischen Diagnostik und ggf. zur Behandlung vorgestellt wird.

Mir/uns ist bekannt, dass innerhalb der Vitos Kinder- und Jugendpsychiatrie Marburg-Alsfeld patientenbezogen ein übergeordnetes Daten- und Befunderfassungssystem besteht.

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte _____

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigter _____

Bei ehelicher Trennung vom nicht vorstellenden Elternteil auszufüllen:

Ich bin an einem persönlichen Gespräch interessiert und werde mich zwecks Terminvereinbarung unter der Tel.-Nr.: 06631-77618-0 melden

Ich nehme hiermit zur Kenntnis, dass ich als Sorgeberechtigter einen **Abschlussbericht** anfordern kann.

Name, Vorname, Straße, Ort

Datum: _____ Unterschrift Sorgeberechtigte/er: _____