

Elternfragebogen für die Vorstellung von Säuglingen und Kleinkindern

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 0611 – 1 85 24 – 0 Fax: 0611 – 1 85 24 – 29

**Vitos Kinder- und Jugendambulanz
für psychische Gesundheit Wiesbaden
Eberleinstraße 48
65195 Wiesbaden**

*Sie können diesen Fragebogen in einem
Fensterbriefumschlag verschicken.
Bitte ausreichend frankieren!*

Vorname des Kindes: _____ **Name:** _____
geb. am: _____ PLZ, Wohnort: _____
Straße: _____ Telefon: _____
ggf. Herkunftsland: _____
Überweisender Kinder- / Hausarzt: _____
Behandelnder Kinder- / Hausarzt: _____
Krankenkasse: _____ 7-stellige Krankenkassen-Nr.: _____
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.**

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Wiesbaden	A 20010f	23.02.2021	01	Seite 1 von 8

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

I. Gründe der Vorstellung

1. **Was sind** die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? *(Bitte in Stichworten beschreiben)*

2. **Wann ist** dieses Verhalten Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?

ganz allmählich, etwa mit _____ Wochen/Monaten

plötzlich im Alter von _____ Wochen / Monaten



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 Abwesenheit 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, KrippenerzieherInnen usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?

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

9. **Welche Untersuchungen / Behandlungen** haben bereits stattgefunden? *(Bitte Unterlagen mitbringen!)*

10. **Welche Maßnahmen** wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? Mit welchem Erfolg?

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

Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie nun, die folgenden Fragen zu beantworten.

II. Familiäre Situation

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

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

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

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

14. **Familiäre Situation:**

Mutter und Vater verheiratet seit: _____

Mutter / Vater verstorben seit: _____

Mutter / Vater krank, behindert: _____

getrennt / geschieden seit: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

wieder verheiratet, wer, seit? _____

nichteheliches Kind: _____

Kind wurde adoptiert im Alter von: _____

Pflegekind, seit: _____

Kind lebte im Heim von: _____ bis _____

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

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

von der Mutter vom Vater von den Großeltern bzw. Schwiegereltern

von: _____

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

17. **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

18. **Sind sich die Eltern** hinsichtlich des Umgangs mit dem Kind im Allgemeinen einig?

ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht



19. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum _____

Schule / Ausbildung _____

20. **Wohnverhältnisse:**

ausreichend: _____

ungünstige, beengte Verhältnisse: _____

Kind teilt sich Zimmer mit _____

häufiger Wohnungswechsel _____

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

22. **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) _____

III. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

23. **Wie verlief** die Schwangerschaft?

normal Komplikationen / Belastungen: _____

24. **Alter der Mutter** bei der Geburt des Kindes: _____

25. **Wie verlief** die Geburt?

normal Frühgeburt Geburtsgröße _____ Geburtsgewicht _____ SS-Woche. _____

APGAR Werte: --- / --- / --- pH-Wert: _____

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

26. **Gab es** nachgeburtliche Komplikationen?

nein ja → welche? _____

27. **Wird** das Kind gestillt?

nein ja → wie lange? _____

28. **Entwicklung im 1. Lebensjahr** (pflegeleicht, Schreibaby, Speikind, Gedeihstörungen, Schlafstörungen)

Wie bewerten Sie das Schreien Ihres Kindes?

normal wenig belastend sehr belastend

Wie bewerten Sie das Schlafverhalten ihres Kindes?

wenig ausreichend viel

Wie bewerten Sie das Essverhalten Ihres Kindes?

trinkt / isst regelmäßig braucht sehr lange zu wenig ausreichend scheint nicht satt zu werden

Aktuelles Gewicht _____ Aktuelle Größe _____

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

30. Mit wie viel Monaten lernte das Kind laufen? _____ Monate

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Wiesbaden	A 20010f	23.02.2021	01	Seite 5 von 8

31. **Erfolgte** eine krankengymnastische Behandlung/ Frühförderung?
 nein ja →was und wann? _____
32. **Wann** lernte das Kind sprechen?
 Erste Worte: _____ 2-3-Wort-Sätze: _____ Ganze Sätze: _____
33. **Besteht** eine Sehschwäche?
 nein ja, trägt Brille seit: _____ wegen: _____
34. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung? nein ja wann? _____
 Besteht ein Hörschaden? nein ja, und zwar: _____
35. **Gab** es eine Fremdelphase? nein ja, im Alter von _____
36. **Gab** es eine Trotzphase? nein ja, im Alter von _____
37. **Leidet das Kind** an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen angeborenen Erkrankungen?
 nein ja →seit wann, welche? _____
38. **Nimmt das Kind** regelmäßig Medikamente ein?
 nein ja →welche? _____
39. **War das Kind** schon einmal im Krankenhaus?
 nein ja →im Alter von? Krankheit? Operation? _____
40. **Hat das Kind** schon einmal einen Unfall erlitten?
 nein ja →wann? Art des Unfalls? _____
41. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt? Gab es Impfwischenfälle?



IV. Krippenbesuch / Tagespflege

43. **Krippenbesuch / Tagespflege** im Alter von _____
44. **Wie ist / war** das Verhalten in der Krippe / Tagespflege
 ohne Probleme
 konnte sich nicht von der Mutter trennen
 es gibt / gab Schwierigkeiten, weil _____

V. Spielverhalten

45. **Hat Ihr Kind** ein Lieblingsspielzeug?

nein ja, →welches _____

Kann Ihr Kind sich schon alleine beschäftigen?

nein ja, →wie lange: _____

Wie beurteilen Sie das Spielverhalten Ihres Kindes? *(bitte in Stichworten)*

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

Einverständniserklärung

Mit der Vorstellung meines Kindes _____
in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Wiesbaden, Eberleinstraße 48, 65195 Wiesbaden, 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)

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von _____

in der der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Wiesbaden, Eberleinstraße 48, 65195 Wiesbaden, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der / des Personensorgerechtigten: _____

Nochmals vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Wiesbaden	A 20010f	23.02.2021	01	Seite 7 von 8

Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

1. Ich willige darin ein, dass die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH die Übermittlung meiner Behandlungs- und Betreuungsdaten anfordert, soweit sie für die anstehende Behandlung/ Betreuung erforderlich sind

- von meinem Hausarzt und meinen behandelnden Fachärzten (auch Notärzte)

ja nein

- von vorbehandelnden Kliniken, Einrichtungen _____

(Name d. Klinik/ Einrichtung)

ja nein

- aus vorhergehenden ambulanten und stationären Behandlungen/Betreuung innerhalb der Vitos Gesellschaften

ja nein

2. Die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH wird während und nach Abschluss der Betreuung ermächtigt, meine Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt / weiterbehandelnden Facharzt oder die weiter betreuende Einrichtung zu übermitteln.

ja nein

Name / Einrichtung:

Ich kann dieser Einwilligung in die Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (für Rückfragen steht Ihnen der/die Datenschutzbeauftragte unter datenschutz@vitos-hochtaunus.de, Tel. 06175 791-0 zur Verfügung).

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder des gesetzlichen Vertreters (entsprechende Vollmacht liegt vor)

Name des Dokuments:	Kennzeichnung:	Datum:	Rev:	Seiten:
Elternfragebogen Säuglinge/Kleinkinder Wiesbaden	A 20010f	23.02.2021	01	Seite 8 von 8