

## Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 0 62 52 - 5 90 64 00 Fax: 0 62 52 - 5 90 64 30

ambulanz-kjp.heppenheim@vitos-suedhessen.de

**Vitos Kinder- und Jugendambulanz für  
psychische Gesundheit Heppenheim  
Ludwigstraße 51  
64646 Heppenheim**

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

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?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie   | <input type="checkbox"/> Ergotherapie        | <input type="checkbox"/> Frühförderung                 |
| <input type="checkbox"/> Logopädie        | <input type="checkbox"/> Physiotherapie      | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstellen | <input type="checkbox"/> Sozial-Päd. Zentrum | <input type="checkbox"/> Jugendamt                     |

<b>Anschrift:</b>	<b>Von – Bis:</b>	<b>Aus welchem Anlass:</b>

**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 dem 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 nachtsüber 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: \_\_\_\_\_

*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.*

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?

- ja       verspätet sich oft  
 geht regelmäßig       hat regelmäßig Angst vor der Schule  
 erscheint unterfordert     überfordert       schwänzt die Schule  
 hat keine Lust  
 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 **können**. 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 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: \_\_\_\_\_

**79a. 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 / 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 Heppenheim, Ludwigstraße 51,  
64646 Heppenheim, 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 Heppenheim, Ludwigstraße 51, 64646  
Heppenheim, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zur Sicherung einer guten Versorgung Ihres Kindes schicken wir in der Regel einen Bericht an den überweisenden  
Haus- oder Kinderarzt.

Bitte entbinden Sie uns hierzu von unserer Schweigepflicht:

## SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Als Erziehungsberechtigte/r des Kindes :

\_\_\_\_\_

entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/Innen der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische  
Gesundheit Heppenheim von der Schweigepflicht gegenüber der /dem zuständigen Kinder / Hausarzt.

Datum, Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Vitos Südhessen gemeinnützige GmbH

## Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

1. Ich willige darin ein, dass die Vitos Südhessen 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 Südhessen 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-suedhessen.de](mailto:datenschutz@vitos-suedhessen.de), Tel. 06158 / 183-0 zur Verfügung).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

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

Vitos Südhessen  
gemeinnützige GmbH  
Philippsanlage 101  
64560 Riedstadt

Tel. 06158 / 183 - 0 Fax  
06123 / 183 - 233  
[info@vitos-suedhessen.de](mailto:info@vitos-suedhessen.de)  
[www.vitos-suedhessen.de](http://www.vitos-suedhessen.de)

Geschäftsführer: Ralf Schulz  
Sitz: 64560 Riedstadt  
Registergericht: Darmstadt HRB 86072  
Gesellschafter: Vitos GmbH, LWV Hessen

Bank für Sozialwirtschaft AG  
BIC BFSWDE33XXX  
IBAN DE10 3702 0500 0008 6508 00  
Ust-ID DE255804799