

**Familie:**

Datum:

Sehr geehrte Familie,

um das Gespräch vorbereiten zu können, füllen Sie bitte unseren **Elternfragebogen** aus und schicken ihn an uns vor dem Elterngespräch wieder zurück.

**Wir melden uns bei Ihnen sobald wir einen Termin für Sie haben.**

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch die **Krankenversicherungskarte des Kindes**, ein **aktuelles Foto** sowie **Zeugnisse**, das **gelbe Untersuchungs-Heft** und **alle Ihnen vorliegenden Untersuchungsbefunde und Berichte** mit.

Die aktuelle Rechtssprechung legt fest, dass bei **getrennten Elternteilen**, die ein **gemeinsames Sorgerecht** führen, **beide** Elternteile mit der Aufnahme einer Diagnostik und/oder Behandlung einverstanden sein müssen. Falls das für Ihre Familie zutrifft, bitten wir Sie dies zu klären und ggf. die **schriftliche** Einwilligung des nicht anwesenden Elternteiles mitzubringen.

Mit freundlichen Grüßen

**Martina Vogler-Oehler und  
das Team der KJPP Herrieden**

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Falls Sie das vereinbarte Erstgespräch **nicht** wahrnehmen möchten, **bitten wir Sie dringlichst**, auch im Interesse der anderen Familien und deren Wartezeit, um eine **direkte Benachrichtigung und Absage**.

# ELTERNFRAGEBOGEN

– Allgemeine Informationen –

Name des Kindes:

Geboren am:

Anschrift:

Telefon:

Handy:

Fax:

E-Mail:

(Bitte falls vorhanden Fax und E-Mail angeben zur besseren Erreichbarkeit)

---

**Ich/Wir wünschen die Aufnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik/Behandlung:**

1. Sorgeberechtigter/Unterschrift

2. Sorgeberechtigter/Unterschrift

---

**Bezugspersonen im aktuellen Haushalts des Kindes:**

**Name der (Stief-)Mutter:**

Sorgerecht: ja nein

Geboren am:

Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

**Name des (Stief-)Vaters:**

Sorgerecht: ja nein

Geboren am:

Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Partnerschaft/Eheschließung seit:

Ggf. Trennung/Scheidung der leiblichen Eltern:

Ggf. Elternteile/Bezugspersonen/Sorgeberechtigte, die aktuell nicht im Haushalt leben: (Name, Alter, Anschrift, Beruf, wie viel Kontakt)

**Geschwister:** (Name, Geburtsdatum, Ausbildung/Schule/Kiga, ggf. Halb-/Stief-/Pflegegeschwister)

**Kindergarten/Schule/Ausbildung** (Anschrift, Telefon)

Klasse:

KlassenlehrerIn:

**Grund der Anmeldung:**

**Wer hat die Vorstellung angeregt?**

**Was wurde bisher unternommen?**

**Erwartungen und Aufträge an das PRAXISTEAM:**

– Entwicklung des Kindes –

**Schwangerschaft** (Komplikationen, Probleme, Medikamente)

**Geburt** (Termingerecht, Komplikationen)

Schwangerschaftswoche

Geb.-Gewicht:

Geb.-Größe:

APGAR:

Nabelschnurarterien-pH

**1. Lebensjahr** (Nahrungsaufnahme, Schlaf, Probleme)

**Motorische Entwicklung** (bitte ankreuzen)

Monate	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
Sitzen												
Gehen												
Stehen												
Grobmotorik/Gleichgewicht												
Feinmotorik												

**Sprachentwicklung**

Auffälligkeiten?

	Alter
Erste Worte	
2-Wort-Sätze (z.B. „Ball haben“)	
Mehr-Wort-Sätze	
Grammatikalisch richtige Sätze	

**Sauberkeitsentwicklung**

**Wiederauftreten von**

	Alter
Trocken	tags
	nachts
Sauber	tags
	nachts

	Alter
Einnässen	tags/nachts
Einkoten	tags/nachts

**Kindergarten** (Alter)

von                    bis                    Jahren

**Trennungsängste:**

**Motorische Unruhe**

**Sozialverhalten:**

Sonstige Auffälligkeiten:

Frühförderung/SVE oder andere Förderungen:

Einschulung/Schullaufbahn: (Zurückstellung, Wiederholung, besondere Probleme)

Voruntersuchungen: (Sehtest, Hörtest, Pädaudiologie)

Gesundheit:

Erkrankungen/Unfälle:

**Krankenhaus**            aktuell  
                                 früher

**Anfallsleiden**            aktuell  
                                 früher

**Medikamente**            aktuell  
                                 früher

Weshalb?

Beschreibung:

Welche?

– Aktuelle Lebenssituation –

**Aktuelle körperliche Verfassung**

Schlaf:

Appetit:

Beschwerden:

Größe:

Gewicht:

**Familiäre Situation**

Kind hat eigenes Zimmer/teilt sich Zimmer mit:

Äußere oder innere Belastungen:

Beziehungsschwierigkeiten zwischen Familienmitgliedern/Geschwistern:

**Aktuelle Schulische Situation**

Leistungen:

Spezielle Schwierigkeiten:

Sozialverhalten:

**Freizeit**

Hobbys, Vereine, Gruppen:

Soziale Kontakte, ggf. Beziehungsschwierigkeiten:

Kind verbringt die meiste Zeit mit:

Umgang mit Fernseher/Computer:

**Stärken**

Liebenswerte Seiten meines Kindes:

Fähigkeiten und Stärken:

Besondere Beziehungen zu folgenden Personen:

**Ergänzungen**

Persönlichkeit:

Wichtige Lebensereignisse:

Ideen zu Zusammenhängen oder Auffälligkeiten:

**Frühere Diagnostik/Vorbehandlung und wo?**

**Hausarzt:**

**Kinderarzt:**

– Formales –

Ich/Wir wünschen bezüglich der Ergebnisse der Diagnostik und Behandlung bei KJPP Herrieden eine Übermittlung an:  
(Bitte ankreuzen)

An folgende Stelle:	Kurzmitteilung	Ausführlicher Arztbrief	Befundkopien	Keinerlei Mitteilung
Hausarzt				
Kinderarzt				
Schule				
Andere Stellen				

– Ausfall Vereinbarung –

Ich wurde darauf hingewiesen, dass alle Behandlungstermine fest vereinbart sind. Eine Absage sollte nur aus dringenden Gründen und spätestens 24 Std. vor der Behandlung erfolgen.

**Bei nicht oder nicht rechtzeitig abgesagten Terminen verpflichte ich mich/wir uns ein Wartegeld/Ausfallhonorar zu zahlen, dessen Höhe je nach Zeitausfall zwischen 30 und 60 Euro pro Behandlung beträgt.**

Der Termin für das Erstgespräch ist vereinbart für den:

Ort, Datum:

Unterschrift/en des/der Sorgeberechtigten: