

KINDERHOSPITAL OSNABRÜCK

AM SCHÖLERBERG

FACHKLINIK FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE,
- PSYCHOTHERAPIE UND -PSYCHOSOMATIK
ZENTRUM FÜR ENTWICKLUNG UND SEELISCHE GESUNDHEIT



- SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (SPZ)

Iburger Straße 187, 49082 Osnabrück - Telefon (0541) 5602-114 - Telefax (0541) 5602-314

Fragebogen

Angaben zum Kind

Name	Vorname	Geb. Datum
Straße/Haus-Nr.	Tel.-Nr. Mobil	Tel.-Nr. (vormittags)
PLZ/Wohnort	Staatsangehörigkeit	

Angaben zur Familie

Mutter: Nachname, Vorname _____ Beruf: _____ Geburtsort (Herkunftsland): _____	Geb. Datum _____ alleinerziehend Ja <input type="checkbox"/>
Vater: Nachname, Vorname _____ Beruf: _____ Geburtsort (Herkunftsland): _____	Geb. Datum _____ alleinerziehend Ja <input type="checkbox"/>
verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft <input type="checkbox"/> ggf.: gemeinsames Sorgerecht <input type="checkbox"/> Sorgerecht bei der Mutter <input type="checkbox"/> / beim Vater <input type="checkbox"/>	

Angaben zu Adoptiveltern Pflegeeltern Stiefvater / -mutter (bitte ankreuzen)

Mutter: Nachname, Vorname _____ Beruf: _____	Geb. Datum _____ alleinerziehend Ja <input type="checkbox"/>
Vater: Nachname, Vorname _____ Beruf: _____	Geb. Datum _____ alleinerziehend Ja <input type="checkbox"/>

Geschwister, Halbgeschwister

Name	Geb. Datum	Kindergarten / Schule / Beruf
1.		Kindergarten <input type="checkbox"/> / Schule <input type="checkbox"/> / Beruf ...
2.		Kindergarten <input type="checkbox"/> / Schule <input type="checkbox"/> / Beruf ...
3.		Kindergarten <input type="checkbox"/> / Schule <input type="checkbox"/> / Beruf ...
4.		Kindergarten <input type="checkbox"/> / Schule <input type="checkbox"/> / Beruf ...
5.		Kindergarten <input type="checkbox"/> / Schule <input type="checkbox"/> / Beruf ...

Weshalb möchten Sie Ihr Kind bei uns untersuchen lassen, welche Fragen haben Sie an uns?

Wo sehen Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten?

<input type="checkbox"/> Krabbeln	<input type="checkbox"/> Malen	<input type="checkbox"/> Sprechen	<input type="checkbox"/> Ausdauer
<input type="checkbox"/> Greifen	<input type="checkbox"/> Basteln	<input type="checkbox"/> Verstehen	<input type="checkbox"/> Konzentration
<input type="checkbox"/> Laufen	<input type="checkbox"/> Spielen	<input type="checkbox"/> Lesen	<input type="checkbox"/> Sehen
<input type="checkbox"/> Hüpfen		<input type="checkbox"/> Schreiben	<input type="checkbox"/> Hören

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

Bitte machen Sie Angaben zum Verhalten Ihres Kindes:

<input type="checkbox"/> klagt über Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> schläft oft im elterlichen Bett	<input type="checkbox"/> ist gegenüber anderen scheu
<input type="checkbox"/> klagt über Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ist oft traurig oder bedrückt	<input type="checkbox"/> kann sich nicht wehren
<input type="checkbox"/> isst ungen	<input type="checkbox"/> hat Streit mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/> schaut viel Fernsehen
<input type="checkbox"/> isst übermäßig viel	<input type="checkbox"/> ist allgemein ängstlich und besorgt	<input type="checkbox"/> sitzt viel am Computer
<input type="checkbox"/> nässt oder kotet manchmal ein	<input type="checkbox"/> kann sich nicht von Eltern trennen	<input type="checkbox"/> hat oft Wutausbrüche
<input type="checkbox"/> schläft schlecht; wacht oft auf	<input type="checkbox"/> ist oft missgelaunt oder weinerlich	<input type="checkbox"/> braucht viel Anregung

Verlief die Schwangerschaft kompliziert (z. B. Medikamenteneinnahme, Erkrankungen, Frühgeburt, Vorbelastungen):

Geburtsklinik / Hausgeburt: _____

Das Kind ist _____ Wochen zu früh / _____ Wochen zu spät / rechtzeitig geboren

Gewicht: _____ g Länge _____ cm KU _____ cm APGAR Werte: _____ / _____ / _____

Probleme bei / nach der Geburt: _____

Wie alt war Ihr Kind als es anfang

zu krabbeln _____ erste Worte zu sprechen _____

zu laufen _____ in kleinen Sätzen zu sprechen _____

sauber und trocken war? _____ nachts: _____ tagsüber: _____

Sind bei Ihrem Kind chronische Erkrankungen oder körperliche Behinderungen bekannt?

Art der chronischen Erkrankung / körperliche Behinderung:

Wurde Ihr Kind früher stationär in einer Klinik (auch unmittelbar nach der Geburt) behandelt?

Name der Einrichtung	Grund der Behandlung	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sind bereits ärztliche Untersuchungen durchgeführt worden?

	Name und Ort	wann
Kinderarzt/-ärztin		
Hausarzt/-ärztin		
Augenarzt/-ärztin		
HNO-Arzt/-ärztin		
Kinder-/Jugend-Psychiater/in		
Andere		

Benötigt Ihr Kind Medikamente oder Hilfsmittel?

Medikament	seit wann	Dosierung
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Sehhilfe (z. B. Brille) Gehilfe Andere
 Hörhilfe Rollstuhl

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? ja, den werde ich mitbringen
 Bekommen Sie Pflegegeld? ja, Pflegestufe _____

Besucht (oder besuchte) Ihr Kind?

	Name, Ort und (wenn möglich) Telefon-Nr.	von – bis (bzw. seit wann)
... eine Spielgruppe		
... den Kindergarten		
... die Schule		

Welche Fördermaßnahmen erhielt oder erhält Ihr Kind?

	Name, Ort und (wenn möglich) Telefon-Nr.	von – bis
Frühförderung		
Sprachtherapie		
Krankengymnastik		
Ergotherapie		
Psychotherapie		
Andere Therapie		

Haben Sie schon einmal eine Beratungsstelle aufgesucht?

Wenn ja, Name und Ort	Grund der Beratung	wann
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sind in Ihrer Familie neurologische/psychiatrische Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen bekannt?

Art der neurol./psychiatr. Erkrankungen/Entwicklungsstörungen:

Ergänzende Fragen

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen? _____
Wurde Ihr Kind schon früher hier untersucht? _____
Wurde ein Geschwisterkind hier untersucht? nein ja Jahr: _____

Möchten Sie noch etwas hinzufügen, was Sie für wichtig halten? nein ja Name: _____

Unsere Arbeit wird durch bereits vorhandene Berichte oft erleichtert. Bitte fügen Sie dem Fragebogen folgende Unterlagen bei, sofern vorhanden

- Zeugnisse
- Berichte aus Kindergärten
- Therapieberichte
- Untersuchungs- und/oder Krankenhausberichte
- Gutachten

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Eltern Mutter Vater sonstige: _____

Krankenkasse: _____

Einverständniserklärung für Befundanforderungen

Hiermit entbinde ich _____
(Name Kinderarzt / Facharzt/ Einrichtung / KGS, etc.)
 von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum, Ort Name, Unterschrift