Kinderhospital Osnabrück

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.	PLZ/Ort	
Tel. Nr.	Tel. Nr. mobil	Staatsangehörigkeit
E-Mail	Krankenkasse	

Angaben zur Familie

Mutter:	Nachname, Vorname _____	Geb. Datum _____
	Beruf: _____	alleinerziehend Ja ☐
	Geburtsort (Herkunftsland): _____	
Vater:	Nachname, Vorname _____	Geb. Datum _____
	Beruf: _____	alleinerziehend Ja ☐
	Geburtsort (Herkunftsland): _____	

Verheiratet/Lebensgemeinschaft ☐ getrennt/geschieden ☐ Familiensprache: _____

Sorgerecht: gemeinsam ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige

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

Mutter:	Nachname, Vorname _____	Geb. Datum _____
	Beruf: _____	alleinerziehend Ja ☐
Vater:	Nachname, Vorname _____	Geb. Datum _____
	Beruf: _____	alleinerziehend Ja ☐

Geschwister, Halbgeschwister

Name	Geb. Datum	Entwicklungsauffälligkeiten
1.		ja ☐ nein ☐
2.		ja ☐ nein ☐
3.		ja ☐ nein ☐
4.		ja ☐ nein ☐
5.		ja ☐ nein ☐

Wer hat Ihnen empfohlen zu uns zu kommen?

_____

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

_____
_____
_____
_____
_____

Wo sehen Sie bei Ihrem Kind Schwierigkeiten?

☐ Krabbeln	☐ Malen	☐ Sprechen	☐ Ausdauer
☐ Greifen	☐ Basteln	☐ Verstehen	☐ Konzentration
☐ Laufen	☐ Spielen	☐ Lesen	☐ Sehen
☐ Hüpfen		☐ Schreiben	☐ Hören

Besonderheiten im Verhalten Ihres Kindes:

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

Besucht (oder besuchte) Ihr Kind .....?

	Name, Ort	von – bis
... den Kindergarten/die Krippe		
... die Schule		

Welche Fördermaßnahmen erhielt oder erhält Ihr Kind?

	Name, Ort	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

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 anfing

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/körperlichen 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.		

☐ Sehhilfe (z. B. Brille) ☐ Gehhilfe ☐ Andere
☐ Hörhilfe ☐ Rollstuhl

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

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

Art der neurol./psychiatr. Erkrankungen/Entwicklungsstörungen: _____

_____

Ergänzende Fragen

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?

_____

_____

_____

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: _____

Falls die Terminvereinbarung nicht über die Eltern/Pflegeeltern stattfinden soll:

Ansprechpartner:
Adresse:
Telefonnummer:

Bitte unterschreiben!

Datum	Unterschrift	Datum	Unterschrift
	Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige ☐		Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige ☐

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht ist zwingend die Unterschrift <u>beider</u> Elternteile notwendig!