

## Familienfragebogen (0-3 Jahre)

### Angaben zum Patienten:

Name:.....Vorname:.....

Anschrift:.....geb. am:.....

**Kassennr.:**.....**Versichertenr.:**..... Krankenkasse:.....

Staatsangehörigkeit:.....Mobil Nr.....(\*) email.....(\*)

Sorgeberechtigte(r):                Mutter                Vater                Sonstige

Name des Vaters.....geb. am:.....Beruf:.....

Anschrift:.....

Tel.:.....(\*) Mobilnr.....(\*) email:.....(\*)

Name der Mutter.....geb. am:.....Beruf:.....

Anschrift:.....

Tel.:.....(\*) Mobilnr.....(\*) email:.....(\*)

Name der Geschwister:	geb. am:	Schule/Beruf
-----------------------	----------	--------------

- .....
- .....
- .....

Weshalb stellen Sie Ihr Kind zur Untersuchung vor?  
 .....  
 .....

Welche Erwartungen haben Sie bzgl. Diagnostik/ Hilfsangeboten?  
 .....  
 .....

### 1) Schwangerschaftsverlauf:

Gab es Komplikationen bei der Mutter während der Schwangerschaft? Ja     Nein

Wenn ja, welche?.....

War die Geburt termingerecht?.....

Gab es Komplikationen während der Geburt? Welche?.....

Kam es zur Sauerstoff-Unterversorgung des Kindes?.....

Musste Ihr Kind nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt werden?.....

Warum?.....

### 2) Besondere Vorkommnisse in der Kindheit / Jugend:

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bereits?.....

Bestehen irgendwelche Allergien beim Kind?.....

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Bewusstlosigkeit?.....

Wurde Ihr Kind bereits operiert?.....

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?.....welche?.....

Hatte Ihr Kind jemals einen Krampfanfall (z.B. Fieberkrampf)?.....

Hat Ihr Kind irgendeine Behinderung?  
 .....

Bitte wenden

### 3) Bisherige Entwicklung

(\*) freiwillige Angabe

Freies Sitzen mit (Monaten, Jahren):.....Krabbeln mit:.....  
 Freies Laufen mit:.....Tagsüber sauber mit:.....  
 Nachts sauber mit:.....Erste Worte mit:.....  
 Erste Sätze mit:.....  
 Wurde Ihr Kind bereits psychologisch/psychiatrisch untersucht bzw. behandelt?.....  
**Wenn ja, bitte Adresse angeben:.....**  
 Wurde bzw. wird eine Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Lerntherapie durchgeführt?.....  
**Wenn ja, bitte Adresse angeben:.....**

**4) Werdegang Ihres Kindes**

Wird/Wurde Ihr Kind durch eine andere Person (Großeltern, Tagesmutter o. a.) betreut?  
 .....  
 Welchen Kindergarten besucht/e Ihr Kind?.....  
 Ab welchem Alter?.....

**5) Besondere Krankheiten innerhalb der Familie?**

(Eltern, Geschwister, Großeltern, etc.)  
 .....  
 .....

**6) Gab es in der Vergangenheit belastende Ereignisse?**

Umzüge, Verlust einer Bezugsperson, sonstiges:.....  
 .....  
 .....

**7) Gibt es belastende Lebensumstände in der Familie?**

Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, Krankheit, Süchte, sonstiges.....  
 .....  
 .....

**8) Gibt es entlastende Personen im Familien-/ Freundeskreis?**

.....  
 .....

**9) Schildern Sie bitte kurz positiv erlebte Situationen mit Ihrem Kind bzw. die positiven Seiten Ihres Kindes.**

.....  
 .....  
 .....

**10) Findet zum Zeitpunkt der Erstvorstellung eine Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer kinderpsychiatrischen Klinik-Ambulanz oder einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis statt?**

Ja  Nein   
 wenn ja – wo.....  
 und ggf. wann beendet.....

Hiermit bestätigen wir den Termin zur Erstvorstellung am \_\_\_\_\_, um \_\_\_\_\_ Uhr;  
 wir sind mit der Vorstellung und Behandlung einverstanden.

Bitte kommen Sie ca. 10 Minuten früher. Vielen Dank.

Hiermit willigen wir/willige ich in die Kontaktaufnahme per:  Telefon  Email  SMS (z. B. auch zur Terminbestätigung) ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift **beider** Sorgerechtsberechtigten

(\* ) freiwillige Angabe