

Psychotherapeutische Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene

Jan Jensen

Diplom-Psychologe

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Verhaltenstherapie)

Fragebogen zur Lebensgeschichte

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel/ich selber

(Vor- und Nachname des Patienten, Geburtsdatum)

in der Psychotherapeutischen Praxis für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene diagnostiziert und behandelt wird.

Gleichzeitig entbinde/n ich/wir Herrn Dipl.-Psych. Jan Jensen von seiner gesetzlichen Schweigepflicht gegenüber unten aufgeführten Personen bzw. Institutionen und willigen ein, das schriftlich wie mündlich vollumfänglich Informationen von diesen Personen bzw. Institutionen eingeholt werden dürfen:

- _____
- _____
- _____
- _____

Hinweis: Diese Einwilligung kann jederzeit ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise widerrufen werden.

Sorgeberechtigter Vater/Vormund:

Vorname u. Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/n: _____

Datum und Unterschrift: _____

Sorgeberechtigte Mutter Vater/Vormund:

Vorname u. Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/n: _____

Datum und Unterschrift: _____

Volljährige/r Patientin/Patient:

Vorname u. Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer/n: _____

Datum und Unterschrift: _____

6. Vorerkrankungen des Kindes/Jugendlichen/Heranwachsenden

a) Schwangerschaft

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften: _____ Künstliche Befruchtung: nein
 ja

davon Fehlgeburten: _____ davon Totgeburten: _____

Schwangerschaft: überraschend geplant unerwünscht

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen oder sonstige Probleme? nein ja

Wenn ja, welche: _____

Medikamente bzw. Alkohol oder Rauchen während der Schwangerschaft? nein ja

Wenn ja, welche: _____

b) Entbindung/Geburt

Die Entbindung erfolgte in welcher Schwangerschaftswoche: _____ SSW

spontan Kaiserschnitt Saugglocke Zange

Geburtsgewicht: _____ Gramm Geburtslänge: _____ Zentimeter

Kopfumfang: _____ Zentimeter APGAR-Werte: ____ / ____ / ____ Nabelschnur-ph-Wert: ____

Gab es Geburtskomplikationen oder sonstige Probleme? nein ja

Wenn ja, welche: _____

c) Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Exzessives Schreien | <input type="checkbox"/> Blickkontakt wurde vermieden |
| <input type="checkbox"/> Ein-/Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Körperkontakt wurde vermieden |
| <input type="checkbox"/> Fütter-/Gedeihstörungen | <input type="checkbox"/> wenig Interesse an der Umwelt |
| <input type="checkbox"/> ängstliches Grundtemperament | <input type="checkbox"/> _____ |

d) Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung

Sprachentwicklung:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> Aussprachefehler | <input type="checkbox"/> geringer Wortschatz |
| <input type="checkbox"/> verzögert | <input type="checkbox"/> falscher Satzbau | <input type="checkbox"/> Sprachverständnis-Schwierigkeiten |

Motorik (Grobmotorik):

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> ungeschickt | <input type="checkbox"/> Krabbeln mit ____ Monaten |
| <input type="checkbox"/> verzögert | <input type="checkbox"/> überaktiv | <input type="checkbox"/> Laufen mit ____ Monaten |
| <input type="checkbox"/> unsicher | <input type="checkbox"/> wenig aktiv | |

Händigkeit:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> wechselnd |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

Hand- und Fingermotorik (Feinmotorik):

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> ungeschickt | <input type="checkbox"/> wenig/kein gestaltendes Malen/Basteln |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--|

Sauberkeit:

- trocken am Tag seit _____ in der Nacht seit _____
Nach dem 4. Lebensjahr: Einnässen Tag Nacht
 Einkoten Tag Nacht

Hörschwäche:

- nein ja, seit _____ HNO- bzw. pädaudiologische Abklärung ist erfolgt

Sehschwäche:

- nein ja, seit _____ Augenärztliche Abklärung ist erfolgt

Krampfanfälle/Epilepsie:

- nein ja, seit _____ Neurologische Abklärung ist erfolgt
 Anfallsmedikation: _____

Bindungsverhalten:

- Trennungsprobleme von Bezugspersonen Schlafen im Bett der Eltern
 keine Auffälligkeiten Schlafen im eigenen Bett
 anderes: _____

e) Erkrankungen

Kinderkrankheiten:

Unfälle:

Allergien:

Operationen:

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten: nein ja

1. Medikament: _____
(Name und Dosierung)

2. Medikament: _____
(Name und Dosierung)

3. Medikament: _____
(Name und Dosierung)

4. Medikament: _____
(Name und Dosierung)

Gab es Krankenhausaufenthalte (wo und wann)?

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor? nein ja

Wenn ja, welcher Familienangehörige hat welche Erkrankungen?

Vor- und Nachname Erkrankung

Vor- und Nachname Erkrankung

Vor- und Nachname Erkrankung

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor? nein ja

Bitte denken Sie auch an die erweiterte Familie, z.B. Groß- und Urgroßeltern!

Wenn ja, welcher Familienangehörige hat welche Erkrankungen?

Vor- und Nachname Erkrankung

Vor- und Nachname Erkrankung

Vor- und Nachname Erkrankung

Vor- und Nachname Erkrankung

7. Kindergarten und Schulbesuch sowie Freizeitbeschäftigung/en

Im vorschulischen Bereich erfolgte welche Art der Betreuung?

- Krabbelgruppe von: _____ bis: _____
- Kindertagesstätte von: _____ bis: _____
- Integrationskindertagesstätte von: _____ bis: _____
- Tagesmutter von: _____ bis: _____
- Elternteil (z.B. Elternzeit) von: _____ bis: _____
- andere: _____ von: _____ bis: _____

Welche Schule/n hat ihr Kind besucht?

Name der Schule + Schulform	von:	bis:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Informationen zum Schulbesuch:

- regelrecht
- Zurückstellung von Schulbesuch wegen: _____
- Klassenwiederholungen in Klassenstufe/n: _____
- Schräg- oder Rückversetzungen in Klassenstufe/n: _____
- Überspringen der Klassenstufe/n: _____
- unregelmäßiger Schulbesuch (Schulangst oder -absentismus)
- Suspendierung von Schulbesuch
- Abgang von der Schule ohne Abschluss

Mein Kind besucht zurzeit folgende Schule in Klassenstufe _____

Name der Schule

Anschrift

Klassenlehrer/in: _____

Liegen sog. Teilleistungsstörungen vor?

- nein
- Legasthenie (Lese-Rechtschreib-Störung)
- Dyskalkulie (Rechenstörung)

Hausaufgabensituation:

- unkompliziert
- unregelmäßige Hausaufgaben
- keine Anfertigung von Hausaufgaben
- Streitsituationen
- Dauer der Hausaufgaben: _____ Stunden täglich

Sozialisation/soziale Entwicklung:

- gut integriert
- unter Gleichaltrigen wenig Freunde
- im Kindergarten/Schule isoliert
- Spielt eher mit:
 - Gleichaltrigen
 - Jüngeren
 - Älteren
 - Erwachsenen

Hobbys und Freizeitbeschäftigungen (Art, Umfang):

- Sportverein und Sportart: _____
- Musikinstrument/-schule: _____
- ehrenamtliches Engagement: _____
- sonstiges: _____

8. Sonstige Betreuung/en

Haben Sie in der Vergangenheit schon Hilfen irgendwelcher Art in Anspruch genommen?

Falls ja – welche und wann? Sofern Ihnen Behandlungsberichte o.ä. vorliegen, bitten wir um Hergabe einer Kopie.

Bitte geben Sie Namen, Adressen und Zeiträume an!

Kinderarzt/-ärztin:

Hausarzt/-ärztin:

stationäre Krankenhausbehandlung (z.B. Reha-Klinik oder Kinder- und Jugendpsychiatrie):

Frühförderung:

Ergotherapie:

Krankengymnastik/Physiotherapie/Psychomotorik:

Logopädie:

Erziehungs- und Familienberatungsstelle:

Gesundheitsamt (Kreis, Stadt):

Amt für Soziale Dienste/Jugendamt

Schulpsychologischer Dienst bzw. schulpsychologische Beratungsstelle

Schulsozialpädagoge/-pädagogin

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie:

andere:

Für ergänzende Hinweise stehen Ihnen Dipl.-Psych. Jan Jensen und Dipl.-Psych. Nina Menzel selbstverständlich nach Durchsicht des Anamnesefragebogens zur Verfügung.

Alle erhobenen Daten werden selbstverständlich vertraulich und ausschließlich für die laufende Behandlung verwendet.

Hiermit bestätige/n ich/wir, alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Weiterhin sichere ich bzw. sichern wir zu, die elektronische Gesundheitskarte einmalig im aktuellen Quartal in der Verhaltenstherapeutischen Praxis vorzulegen, nach Möglichkeit zum ersten Termin. Ich/wir erklären uns damit einverstanden, ohne Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte im Quartal eine Privatabrechnung nach der aktuell gültigen EBM-Version zu erhalten.

Ort und Datum

Sorgeberechtigter 1

Ort und Datum

Sorgeberechtigter 2

Ort und Datum

Patient/in