

Fragebogen und Behandlungsvertrag

Liebe Patienten, liebe Eltern,

wir möchten Dich/Sie bitten, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen und zum ersten Termin in unserer Praxis mitzubringen. Mittels dieser Informationen möchten wir uns einen ersten Eindruck über die Entwicklung und die Lebensumstände von Dir/Ihrem Kind verschaffen. Die Angaben sind uns eine große Hilfe bei unseren Untersuchungen und der nachfolgenden Behandlung. Selbstverständlich werden alle Angaben sowie auch jedes unserer Gespräche streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Deine/Ihre Mitarbeit

Dein/Ihr Praxisteam

Allgemeine Daten

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes

Adresse, Telefonnummer

Email zwecks Kommunikationsaustausch

Das Kind lebt bei: Eltern Mutter Vater
Sonstige

Sorgerecht haben: Eltern Mutter Vater
Sonstige

Krankenversicherung Name der Vers. _____
Über wen ist Kind versichert _____
Rechnungsempfänger (Privatversicherte) _____

Behandelnder Kinderarzt Name _____
Anschrift _____

Arztbrief an Kinderarzt NICHT erwünscht?

Familiäre Situation

Vater Name, Vorname, Geburtsdatum

Schulabschluss Ausbildung/Beruf Derzeit tätig als

Mutter Name, Vorname, Geburtsdatum

Schulabschluss Ausbildung/Beruf Derzeit tätig als

Beziehungsstatus

zusammen seit _____
verheiratet seit _____
getrennt seit _____
geschieden seit _____

Geschwister (Alter absteigend)

Name, Vorname, Geburtsdatum

Klassenstufe/Beruf Auffälligkeiten

Name, Vorname, Geburtsdatum

Klassenstufe/Beruf Auffälligkeiten

Name, Vorname, Geburtsdatum

Klassenstufe/Beruf Auffälligkeiten

Psychiatrische/neurologische Erkrankungen in der Familie

Entwicklungsgeschichte (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Schwangerschaft Hoher Blutdruck Diabetes Blutungen
Drohende Fehlgeburt
Infektionskrankheiten _____
Medikamente _____
Sonstige Komplikationen _____

Geburt Schwangerschaftswoche _____ Geburtsgewicht _____ Größe _____
Geburtsverlauf Spontan Saugglocke
Zange Kaiserschnitt
Komplikationen _____

Erste Lebensmonate Neugeborenenengelbsucht
Stillen / Dauer _____ / Komplikationen _____
Ernährungsschwierigkeiten

Auffälligkeiten im Säuglingsalter

Entwicklungsmeilensteine Frei Laufen im Alter von _____
Sprechen im Alter von _____
Sauber im Alter von _____
Trocken im Alter von _____

Kindergarten-/Schulbesuch

Ab welchem Lebensjahr besuchte ihr Kind eine (Alter bei Beginn _____ J.)

Krippe / Tagesmutter / Kindergarten / Sonstiges

Name der Einrichtung _____

Auffälligkeiten _____

Einrichtungswechsel _____

Ab welchem Lebensjahr besuchte ihr Kind die Schule (Alter bei Beginn _____ J.)

Name der Grundschule _____

Auffälligkeiten/
Klassenwiederholungen _____

Schulwechsel _____

Name der weiterführenden Schule _____
Auffälligkeiten/
Klassenwiederholungen _____
Schulwechsel _____

Aktuelle Klassenstufe oder Ausbildung _____
Derzeitige Probleme beim Schulbesuch _____

Vorgeschichte

Erkrankungen/Unfälle/ Krankenhausaufenthalte (Alter, Ort, Anlass)/
Allergien/Unverträglichkeiten _____

Hörprobleme (z.B. Mittelohrentzündungen, Röhrrchen) _____

Sehstörungen (z.B. Brille) _____

Probleme bei der motorischen Entwicklung _____

Probleme bei der Sprachentwicklung _____

Medikamenteneinnahme aktuell _____

Vorbehandlungen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie,
Psychotherapie, Kontakt zum Jugendamt) mit Alter und Praxisname _____

Grund der Vorstellung in unserer Praxis

Parallele Behandlung

Findet/fand in diesem Quartal eine Behandlung in einer anderen kinder- und
jugendpsychiatrischen Praxis, einem sozialpädiatrischen Zentrum (z.B. Flehmig-
Institut, Werner-Otto-Institut) statt? Nein

Ja / Wo und wann: _____

Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werde ich die hiesige Praxis unmittelbar
darüber informieren.

Einverständniserklärung

Die Untersuchung und Behandlung in hiesiger Praxis erfordert die Einwilligung aller
Sorgeberechtigten.

Sofern noch nicht geschehen, werde ich die ebenfalls sorgeberechtigten Personen
über die hiesige Vorstellung informieren und die nötige Einverständniserklärung für
die hiesige Untersuchung und Behandlung einholen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Name und Geburtsdatum

in der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Dr. med. Hülsmann und Dr. med. Knoth untersucht und behandelt wird. Zudem
bestätige ich, dass alle gemachten Angaben korrekt und vollständig sind.

_____,
Datum, Unterschrift der
sorgeberechtigten Mutter

_____,
Datum, Unterschrift des
sorgeberechtigten Vaters