

Kind / Jugendlicher:

Name / Vorname: _____ geb. am: _____
 Staatsangehörigkeit: _____ Geschlecht: _____
 Adresse: _____ Telefon: _____
 Krankenkasse: _____ Mit wem versichert: _____
 Kinder- oder Hausarzt: _____
 Kinder- oder Hausarztmodell: Ja Nein
 Behandlung in einem SPZ: Ja (wann zuletzt _____) Nein
 Behandlung bei einem Kinder- und Jugendpsychiater: Ja (wann zuletzt: _____) Nein
 derzeitiger Kindergarten / Schule: _____ Klasse: _____

Leibliche Mutter:

Name / Vorname: _____
 Geb. am: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Ausgeübter Beruf: _____
 Schulabschluss: _____

Leiblicher Vater:

Name / Vorname: _____
 Geb. am: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Ausgeübter Beruf: _____
 Schulabschluss: _____

Stief-/Adoptiv-Mutter: (Unzutreffendes Streichen)

Name / Vorname: _____
 Geb. am: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Ausgeübter Beruf: _____
 Schulabschluss: _____
 Abw. Adresse: _____

Stief-/Adoptiv-Vater: (Unzutreffendes Streichen)

Name / Vorname: _____
 Geb. am: _____
 Staatsangehörigkeit: _____
 Ausgeübter Beruf: _____
 Schulabschluss: _____
 Abw. Adresse: _____

Wer hat das **Sorgerecht**? _____

Die Eltern sind: verheiratet leben zusammen
 getrennt seit: _____ geschieden seit: _____
 Elternteil ist verstorben, wer: _____ Kind ist ein Pflege- oder Adoptivkind

Lebte ihr Kind schon einmal außerhalb der Familie? _____

Kind lebt aktuell in einer Einrichtung / welche? _____

Geschwister:

Geburtsjahr	Männlich / Weiblich	Geschwister, Halbgeschwister, Stiefgeschwister

Die Vorstellung erfolgte auf **Empfehlung** von: _____

Elternfragebogen

Schildern Sie bitte kurz die **Probleme**, die zur Vorstellung bei uns führen und seit wann diese bestehen:

Gab es in der **Schwangerschaft** Probleme, wenn ja welche? _____

Gab es während der **Geburt** Probleme, wenn ja welche? _____

Gab es wichtige **Vorerkrankungen / Klinikaufenthalte**? _____

Gibt es aktuelle **körperliche Erkrankungen**? _____

Nimmt ihr Kind **Medikamente** ein? Wenn ja, welche, in welcher Dosierung und seit wann?

Gibt es **psychische Erkrankungen** innerhalb der Familie? _____

Gibt es **körperliche Erkrankungen** innerhalb der Familie? _____

War oder ist ihr Kind in ergotherapeutischer, logopädischer, krankengymnastischer, oder anderer therapeutischer Behandlung, und weswegen? _____

Wurde ihr Kind schon einmal bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten oder in einer entsprechenden Klinikabteilung vorgestellt? _____

Gibt es **Themen, die Sie mit uns ohne Ihrem Kind** besprechen wollen? _____

**Bitte schicken Sie diesen Fragebogen noch vor Ihrem Termin an uns zurück.
Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**