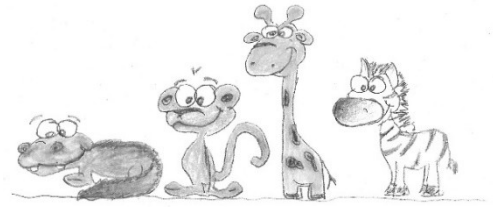


Dr. med. Nataša Brückner
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie
Ramona Schumann
Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,
-psychotherapie
Fachärztin für Neurologie
Wilhelm - Theodor Römheldstr.14, 55130 Mainz
Tel: 06131/3275205 / Fax: 06131/3275204
E-Mail:empfang@kjp-praxis-mainz.de



Angaben zum Kind:

Name: _____ geb. am: _____

Anschrift (ggf. Einrichtung): _____

Sorgeberechtigt: _____

Krankenkasse: _____ Versichert bei Mutter/Vater: _____

Konfession: _____

Hausarzt/ Kinderarzt: _____

Angaben zur Familie:

Name der Mutter: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Name des Vaters: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

Beruf: _____ Jetzige Tätigkeit: _____

Familienstand: verheiratet getrennt seit: _____ geschieden _____

Geschwister mit Name, Geburtsdatum, Schule, Besonderheiten:

Weitere enge Bezugspersonen des Kindes:

Vorgeschichte:

Schwangerschaft:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Einnahme von Medikamenten? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Einnahme von Nikotin, Alkohol oder Drogen? Ja Nein

Wenn ja, was und wieviel? _____

Geburt:

Gab es Besonderheiten bei der Geburt Ihres Kindes? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Gewicht: _____ Gramm Größe: _____ cm Kopfumfang: _____ cm Apgar: ____/____/____

Hat das Kind unmittelbar nach der Geburt geschrien? Ja Nein

War eine Beatmung notwendig? Ja Nein

Bestanden Auffälligkeiten beim Kind? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wurde das Kind anschließend in eine Kinderklinik verlegt? Ja Nein

Frühkindliche Entwicklung:

Freies Laufen mit _____ Monaten Erste Worte mit _____ Monaten

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tagsüber mit: _____ Monaten

nachts mit _____ Monaten

Wer betreute das Kind überwiegend im ersten Lebensjahr? _____

Gab es Besonderheiten während des ersten Lebensjahres? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Kleinkindalter:

(Verhaltens-)Auffälligkeiten bis zum 3. Lebensjahr: Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Kindergartenzeit:

Mein Kind hat vom _____ bis zum _____ Lebensjahr einen Kindergarten besucht.

Gab es dort Auffälligkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wurde der Kindergarten gewechselt? Ja Nein

Wenn ja, Grund des Wechsels: _____

Besuchte Ihr Kind eine Vorschule? Ja Nein

Schulbesuch:

Einschulung im Alter von _____ Jahren

Von _____ bis _____ Schule / Ort _____

Von _____ bis _____ Schule / Ort _____

Von _____ bis _____ Schule / Ort _____

Von _____ bis _____ Schule / Ort _____

Gab es einen unplanmäßigen Schulwechsel? Ja Nein

Wenn ja, Grund des Wechsels: _____

Wurden Klassen wiederholt? Welche? _____ Ja Nein

Gibt es von Seiten der Lehrer berichtete Auffälligkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Angaben zur Lebenssituation:

In der Familie des Kindes leben: _____

Sind Sie mit den Wohnverhältnissen zufrieden? Ja Nein

Lebte das Kind bereits außerhalb der Familie? Ja Nein

Hat Ihr Kind einen besten Freund / eine beste Freundin? Ja Nein

Hobbys und Vereinsaktivitäten: _____

Körperliche Entwicklung:

Kinderkrankheiten? Welche? _____ Ja Nein

Schwerwiegende oder chronische Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche: _____

Wurde Ihr Kind bereits stationär behandelt oder operiert? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Raucht Ihr Kind? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____ Ja Nein

Trinkt Ihr Kind Alkohol? Ja Nein

Nimmt Ihr Kind Drogen? Ja Nein

Aktuelle Probleme:

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis angeregt? _____

Für welche Probleme Ihres Kindes suchen sie vor allem Hilfe

Welche Maßnahmen haben Sie hinsichtlich dieser Probleme bereits veranlasst?

Besteht Kontakt zum Jugendamt? Ja Nein

Wenn ja, welches? Ansprechpartner? _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Hiermit versichere ich, dass ich in diesem Quartal keine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, Psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen habe.

Bei geteilten Sorgerecht versichere ich, dass ich den anderen Sorgeberechtigten über Diagnostik und Therapie informieren werde.

Datum

Unterschrift