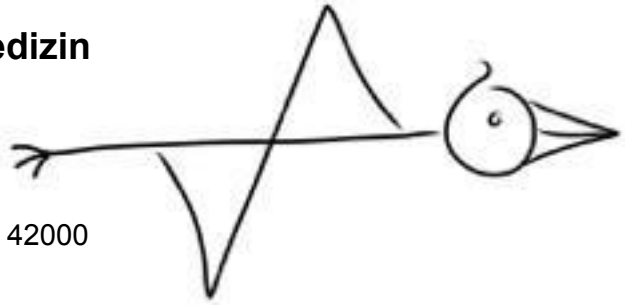


# Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

- Psychotherapie -

Dr. med. Britta Schmitz

Heidesheimer Str. 26, 55124 Mainz, T 06131 42000



## Angaben zum Kind:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift (ggf. Einrichtung): \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichert bei Mutter/Vater: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Hausarzt/ Kinderarzt: \_\_\_\_\_

## Angaben zur Familie:

Name 1. Elternteil: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Name 2. Elternteil: \_\_\_\_\_ 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: \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

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

\_\_ Ich/ Wir haben die Datenschutzhinweise gelesen und zur Kenntnis genommen.

\_\_ Ich/ Wir sind damit einverstanden, dass die Praxis für Kinder- und Jugendmedizin Dr. B. Schmitz oben genannte personenbezogene Daten zur Kontaktaufnahme verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift