

Dr. Bernd Henke

FRAGEBOGEN

Datum:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Facharzt für psychosomatische Medizin – Psychoanalyse

Hiermit wird bestätigt, dass das angemeldete Kind sich nicht in psychiatrischer Behandlung eines Medizinischen Versorgungszentrums/ einer Praxis oder eines Institutes befindet. Sollten Sie in Zukunft in einer dieser Einrichtungen eine parallele Behandlung wünschen, könnten Sie darüber mit uns sprechen. Wir könnten Sie, wenn Sie es wünschen, darüber informieren, welche neuen Bestimmungen Ihrer Krankenkasse in einem solchen Fall in Kraft treten, damit nicht unerwartete Kosten auf Sie zu kommen.

(Unterschrift)

Sind alle sorgeberechtigten Personen über die gewünschte Behandlung informiert, oder damit einverstanden. Wenn nicht, sprechen Sie mit uns darüber beim 1. Gespräch.

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

das wievielte Kind:

Geschwister des angemeldeten Kindes (Name, Alter):

Adresse:

Tel.-Nr., privat:
geschäftlich:

Handy:

Behandelnder Arzt (Kinderarzt); bitte geben Sie an, ob es sich um eine Ärztin oder um einen Arzt handelt und möglichst auch die Adresse:

Name: Herr: Frau:

Adresse:

Möchten Sie, dass an Ihren behandelnden Arzt ein **Befundbericht** geschickt wird?

Bitte ankreuzen:

Ja

Nein

Zur Familie:

Vater:

Mutter:

Adresse und Telefonnr. (falls abweichend):

geb. am:

geb. am:

Ausbildung:

Ausbildung:

Berufstätigkeit:

Berufstätigkeit:

Auffälligkeiten:

In der kleinkindlichen/kindlichen Entwicklung (z.B. beim Sprechen oder der Körperbeherrschung) :

In der Feinmotorik: Auffälligkeiten? (z.B. mit einer Schere schneiden)

In der Grobmotorik Besonderheiten: (z.B. Bewegungsabläufe heftig oder eher zurückgenommen?)

In der Entwicklung der Sprache , gab es Auffälligkeiten? (z.B. Sprachausdruck, Sprachverlauf, Wortschatz, Grammatik usw.)

Gibt es Auffälligkeiten im Sozialverhalten?:

Welche **Medikamente** werden z.Zt. eingenommen:

Einschulungsalter:

In welcher **Schule** (Schulart, Haupt- Real-, Förderschule oder Gymnasium/ Klasse:

Schulverlauf:

Gibt oder gab es Probleme im schulischen Bereich (z.B. beim **Lesen, Schreiben, Rechnen**) ?

Gibt es in der letzten Zeit aktuelle körperliche Beschwerden, z.B. Kopfschmerzen/Magenschmerzen, Infekte?

Jetzige Beschwerden, seit wann bestehen diese Beschwerden?

Gibt oder gab es **Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich**, wenn ja, welche?

Gab es eine **Vorbehandlung** der jetzigen Beschwerden; welche?

Name der Klinik, Betreuungseinrichtung, Arzt- oder Psychotherapiepraxis (z.B. Ergotherapie, Erziehungsberatungsstelle), bitte auch den Zeitraum angeben:

Gab es **längere Trennungen oder Todesfälle** im bisherigen Leben (Krankenhaus, Scheidung, etc.), wann?

Wie haben Sie sich bisher geholfen?

Welche **besonderen Stärken oder Begabungen** sind Ihnen aufgefallen: