

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:

Welche Personen (Lebensgefährte/-in) leben noch im Haushalt/Haus (bitte auch die Namen angeben)?

Welche Personen spielen für die Familie außerdem eine wichtige Rolle?

**Zur Vorgeschichte:**

Gab es Krankheiten während der Schwangerschaft, Geburt oder in den ersten beiden Lebensjahren?  
Wenn ja, welche; wie waren die Apgar-Werte?

**Frühkindliche/kleinkindliche Entwicklung:**

Wie lange gestillt?

Sprechen mit:

Freies Sitzen mit:

Sprachauffälligkeiten:

Robben mit:

Wann frei von der Windel:

Krabbeln mit:

Wann selbst. zur Toilette:

Freies Laufen mit:

Wann trocken:

**Kinderkrankheiten:**

Masern - Röteln - Windpocken - Scharlach - Keuchhusten - Diphtherie - Mumps - sonstige Krankheiten und Krankenhausaufenthalte (Unfälle - Operationen - Knochenbrüche usw.):

Gab es Beeinträchtigungen/Auffälligkeiten

im **Hörvermögen**?

im **Sehvermögen**?

in der **Körperbeherrschung**?

Wann konnte ihr Kind :

- sich alleine ausziehen?
- sich alleine anziehen?
- eine Schleife binden?

**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: