

Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

1

Angaben zum Kind

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Staatsangehörigkeit

Grund der Vorstellung

Vorstellung empfohlen
durch:

Angaben zur Familie

Name der Mutter:

Geb.-Datum:

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Telefon:

Name des Vaters:

Geb.-Datum:

Schulabschluss:

Erlerner Beruf:

Derzeit ausgeübte Tätigkeit:

Arbeitszeit:

Telefon:

Sorgerecht:

Umgangsregelung:

Lebensort v. Kind:

**Aktueller Partner der
Mutter:**

Seit:

**Aktuelle Partnerin des
Vaters:**

Seit:



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

2

Wie viele Geschwisterkinder hat das Kind: _____

	Name des Geschwisterkindes	Geb.-Jahr	Schule/Ausbildung	Verwandschaftsgrad (mütterlicherseits/väterlicherseits/adoptiert, Pflegekind)	Wohnhaft bei: (Mutter, Vater, WG,...)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Erkrankungen in der Familie (Mutter od. Vater des Kindes, Großeltern Geschwister, ...)

z.B. Ängste, Zwänge, Depressionen, Psychosen, Essstörungen, andere psychische Erkrankungen, Alkoholismus, Sucht (Substanzmissbrauch), Selbstmordversuch, Epilepsie, Asthma, Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen, ...

Schwangerschaft / Geburt / frühkindliche Entwicklung

Mehrlingsschwangerschaft: ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten:

- ☐ Blutdruckerhöhung
- ☐ Blutungen
- ☐ vorzeitige Wehen
- ☐ Diabetes
- ☐ Erbrechen
- ☐ psych. Erkrankungen
- ☐ Klinikaufenthalte
- ☐ Sonstiges:

Haben Sie während der Schwangerschaft:

- ☐ Zigaretten geraucht?
- ☐ Drogen konsumiert?
- ☐ Alkohol getrunken?
- ☐ Medikamente genommen?
- ☐ Sonstiges:

Geburtsgewicht: _____ g Lage: _____

Größe: _____ cm Woche: _____

Geburtskomplikationen: _____

Ernährung: gestillt? ☐ ja ☐ nein wenn ja, wie lange? _____
☐ Ernährungsprobleme / Gedeihstörungen

Komplikationen im 1. Jahr: ☐ nein ☐ Schlafstörungen
☐ Säuglingskrämpfe ☐ übermäßiges Schreien
☐ Fieberkrämpfe ☐ andere: _____
☐ keine Angaben möglich

Entwicklung: Erstes Sitzen: _____ Erstes Laufen: _____
Erste Wörter: _____ Erste Sätze: _____

Sauberkeit: Tagsüber trocken ab: _____ Nachts trocken ab: _____

Aktuell: Einnässen? ☐ ja ☐ nein Einkoten: ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, Einnässen: ☐ tags ☐ nachts ☐ tags und nachts



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

3

Angaben zu Kindereinrichtungen und Schule

Besuch einer **Krippe/Kita** ab: _____ Wo? _____

Alter bei **Einschulung**: Aktuelle **Klassenstufe**: **Rückstellung?** ☐ ja ☐ nein
Klassenwiederholung? ☐ ja ☐ nein

Name der bisher besuchten Schulen:	1.	2.	3.	Von Klasse	bis Klasse

Telefonnummer der aktuellen Schule: _____

Klassenlehrer/In: _____

Hortbesuch? ☐ ja ☐ nein **Wenn ja, von** Uhr **bis** Uhr

Förderstatus? ☐ ja ☐ nein **Art:** _____ **Nachteilsausgleich?** ☐ ja ☐ nein **Art:** _____

Angaben zu speziellen Förderungen und Unterstützungen

	Name, Institution, ggf. Anschrift	von	bis
Physiotherapie			
Logopädie			
Ergotherapie			
Psychotherapie			
Lerntherapie			
Familienhelfer	Telefonnr.:		
Private Nachhilfe			

Angaben zum Gesundheitszustand

	Name der mitbehandelnden Ärzte	Letzte Vorstellung
Kinderarzt / Hausarzt		
Augenarzt		
HNO		
Kinderkardiologe		
Ki./Ju.-Psychiater		
Sonstige		

Relevante Diagnosen: _____

Klinikaufenthalte: _____

Chronische Erkrankungen:	_____	Appetit:	_____
Kinderkrankheiten:	_____	Trinken:	_____
Allergien:	_____	Schlaf:	_____
Operationen:	_____	Medikamente:	_____
Unfälle:	_____	Hilfsmittel (Brille, Hörgerät, ...):	_____

Angaben zum Lebensumfeld

Hobbys, Vereine: _____

Medienkonsum pro Tag (TV, Handy, Tablet, PC): _____

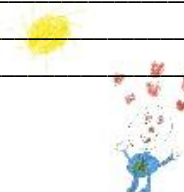
Kritische Lebensereignisse: _____

Worüber machen Sie sich bei ihrem Kind am meisten Sorgen? _____

Was gefällt Ihnen an ihrem Kind am besten? _____

Welche Wünsche haben Sie an unsere Praxis? _____

Praxis Dr. med. K. Behring, FÄ für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Hauptstraße 58, 14776 Brandenburg, Tel: 03381/229044



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

4

Anhang für Kinder und Jugendliche in Fremdunterbringung

Institution	Anschrift	Aufenthaltszeitraum	Grund der Aufnahme bzw. des Wechsels

Leiter/In der aktuellen Einrichtung: _____

Aktueller **Bezugsbetreuer/In**: _____

Telefon: _____

Art der Einrichtung:

☐ Kleinstheim

☐ Familienwohngruppe

☐ therapeutische WG

☐ Kinderheim

☐ Wohngruppe

☐ lerntherapeutische Einrichtung

☐ Sonstige: _____

Eingliederungsmaßnahmen:

☐ ja Welche? _____

☐ nein



Bitte füllen Sie die für sie zutreffende Vorlage aus.

Behandlungseinverständnis „Alleiniges Sorgerecht“

Hiermit bestätige ich ☐ Frau _____
☐ Herr _____

Wohnhaft: _____
Dass ich für ☐ meine Tochter _____
☐ meinen Sohn _____

Das alleinige Sorgerecht habe.

Mein Kind darf von Frau Dr. med. Kerstin Behring, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. durch ihre angestellten Psychologinnen und Heilpädagoginnen behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person

Behandlungseinverständnis „Gemeinsames Sorgerecht“

Hiermit bestätigen wir ☐ Frau _____
☐ Herr _____

Wohnhaft: _____
Dass wir für ☐ meine Tochter _____
☐ meinen Sohn _____

Das gemeinsame Sorgerecht haben.

Unser Kind darf von Frau Dr. med. Kerstin Behring, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. durch ihre angestellten Psychologinnen und Heilpädagoginnen behandelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person 1

Ort, Datum

Unterschrift der sorgeberechtigten Person 2



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

6

Schweigepflichtsentbindung

Im Rahmen der fachärztlichen Behandlung meines Kindes _____

geb. am _____ entbinde ich zum Informationsaustausch mit

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ der Schule | ☐ dem Jugendamt | ☐ der Logopädie |
| ☐ der Schulpsychologie | ☐ der Ergotherapie | ☐ der Kita |
| ☐ dem/der Kinderarzt/ärztin | ☐ dem/der Psychotherapeut/in | ☐ dem/der Familienhelfer/in |
| ☐ sonstiges _____ | | |

von der ärztlichen Schweigepflicht.

Ich bin / Wir sind darüber informiert worden, dass eine Kinder –und Jugendpsychiatrische Behandlung nur mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der / Die Unterzeichnenden versichern hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert und einverstanden mit der Kinder –und Jugendpsychiatrischen Vorstellung und Behandlung sind.

Ich habe das Recht, mein Einverständnis jederzeit zu widerrufen.

.....

Sorgeberechtigter / Patient (bei Volljährigkeit)

Ausschluss gleichzeitiger Zentrumsbehandlung

Hiermit erkläre ich, dass bei meinem Kind keine aktuelle Behandlung in einem sozialpsychiatrischen Zentrum, u./o. Institutsambulanz erfolgt.

.....

Sorgeberechtigter / Patient (bei Volljährigkeit)



Fragebogen für Eltern / Pflegeeltern / Erzieher

7

Sehr geehrte Sorgeberechtigte,

bitte beachten Sie, dass wir Ihnen eine Gebühr von 50 Euro berechnen, falls Sie Ihren Termin in unserer Praxis nicht rechtzeitig absagen. Rechtzeitig bedeutet mindestens 24 Stunden vor dem Termin. Da die Krankenkasse uns ausgefallene Termine nicht bezahlt und wir für einen Termin 30 bis 60 Minuten einplanen, stellen wir Ihnen nicht rechtzeitig abgesagte Termine in Rechnung, welche Sie bitte in der Folgestunde begleichen.

Ich habe diese Vereinbarung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

