



Städtisches Klinikum, Postfach 6280, 76042 Karlsruhe
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klinikdirektor
Meike Bottlender

Chefarztsekretariat
Tel. 0721 974-3906 Fax -3909
Kinderjugendpsychiatrie@klinikum-karlsruhe.de

Kinder-u. Jugendpsychiatrische
Institutsambulanz
Tel. 0721 974-3901 Fax -3908

Transitionszentrum Karlsbad-Langensteinbach
Tel. 07202 61-3377

Kinderstation P19
Tel. 0721 974-3915

Jugendstation P18
Tel. 0721 974-3920

Jugendstation P29
Tel. 0721 974-3970

Tagesklinik P28
Tel. 0721 974-3932

Psychosomatische Station C25
Tel. 0721 974-3960

Eltern-Kind-Station C27
Tel. 0721 974-3965

Ihre Nachricht

Unsere Nachricht

Datum

Bitte den Elternfragebogen ausfüllen, ausdrucken
und zum Termin mitbringen. Danke.

1. Patientendaten

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

PLZ, Wohnort: _____ **Str.:** _____

Staatsangehörigkeit: _____



2. Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße		
Telefon(wichtig)		
mobil		
E-Mail Adresse		
ggf. Fax		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		

3. Beziehungsstatus der Eltern:

☐ verheiratet ☐ unverheiratet ☐ geschieden ☐ getrennt lebend ☐ verwitwet
sorgeberechtigt ist/sind: ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Vormund/Betreuer

4. Nennen Sie bitte die Namen der Geschwisterkinder des Patienten

Name	Geburtsdatum	Evtl. Bemerkungen

5. Hat Ihr Kind Allergien gegen Nahrungsmittel, Medikamente oder Substanzen?

☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja, welche?

6. War das Kind bereits bei uns in Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wann?

7. Warum melden Sie Ihr Kind an?

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Wutanfälle | ☐ Unruhezustände | ☐ Zwänge |
| ☐ Selbstverletzung | ☐ Nägelbeißen | ☐ Haare ausreißen |
| ☐ Essstörung | ☐ Einnässen/Einkoten | ☐ Verstopfung |
| ☐ Stehlen | ☐ Schulverweigerung | ☐ Tics |
| ☐ Zähne knirschen | ☐ Zündeln | ☐ Lügen |

Stimmung: ☐ fröhlich ☐ schwankend ☐ zurückgezogen ☐ traurig

Schlafstörungen, welche: _____

☐ Ängste, in welchen Situationen: _____

☐ Verhaltensstörungen, welche: _____

☐ Sonstiges, bitte beschreiben:

8. Problembereiche

Kreuzen Sie bitte an, auf welchem Gebiet die Störungen liegen:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Wachstum/Fehlbildung | ☐ Sehvermögen | |
| ☐ Körperbeherrschung | ☐ geistige Entwicklung | ☐ Sprachentwicklung |
| ☐ Krampfanfälle | ☐ Hörvermögen | |
| ☐ Sonstige: _____ | | |

Wie alt war Ihr Kind als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

9. Schwangerschaftsverlauf und Geburt

Schwangerschaft: ☐ unauffällig ☐ Komplikationen, welche? _____

☐ Emotionale/ psychosoziale Belastung in dieser Zeit, welche?

Geburt: ☐ rechtzeitig ☐ zu früh

☐ nach Termin in welcher Schwangerschaftswoche _____

Entbindung: ☐ spontan ☐ geplanter Kaiserschnitt ☐ Saugglocke

☐ Geburtszange ☐ Notkaiserschnitt

☐ Gab es Komplikationen, welche: _____

10. Fragen zum Neugeborenen

Geburtsgewicht in (g):

Länge (cm):

Kopfumfang (cm):

War eine Beatmung/Brutkasten notwendig?

☐ Ja ☐ Nein

Wie waren die APGAR-Werte nach der Geburt? / / /

Bestanden Auffälligkeiten beim Kind?

☐ Nein

☐ Ja, welche?

11. Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr

☐ Nein

☐ Exzessives Schreien

☐ schwer zu beruhigen

☐ Ein-/Durchschlafstörungen

☐ Fütter-/Gedeihstörung

☐ leicht irritierbar

☐ vermied Blickkontakt

☐ Gelbsucht

☐ Trinkschwäche

☐ Atemstörungen

☐ vermied Körperkontakt

☐ Andere:

12. Bisherige kindliche Entwicklung

Monat		Monat	
Lächeln	_____	Hochziehen	_____
Greifen	_____	Erste Wörter	_____
Selbständiges Essen	_____	Krabbeln	_____
Selbständig Anziehen	_____	Freies Sitzen	_____
Trocken	_____	Gehen	_____
Erster Zahn	_____	Besonderheiten: _____	
Sauberkeit	_____		

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand / Rückschritt gegeben?

☐ Nein ☐ Ja, welche?

13. Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? ☐ Nein ☐ Ja, wie lange? _____

Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung)

Besonderheiten:

Neigung zum Erbrechen: ☐ Nein ☐ Ja, wie lange?

14. Zuweisende/r Ärztin/Arzt bzw. zuweisende Stelle

Name:	Telefon:	—
PLZ: Ort:		
Straße:		

15. Diagnosen

--

16. Medikamente

Medikamentenname/ Wirkstoff:	Dosierung:			
	morgens	mittags	abends	nachts

17. Bisherige Therapien:

☐ Kinder- und Jugendpsychotherapeut	☐ Ergotherapie	☐ Frühförderung
☐ Logopädie	☐ Physiotherapie	☐ andere Behandlungen

Anschrift des/der Therapeuten/in	Datum:	Anlass?

18. Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

Bitte genaue Anschrift angeben

Ärzte	Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon	Wann?
Kinderarzt		
Kinder- u. Jugendpsychiater		
Neurologe		
Augenarzt		
Orthopäde		
HNO-Arzt		

19. War der Patient bereits stationären Behandlungen?

☐ Nein

☐ Ja (wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen)

Krankenhausanschrift	Datum:	Gründe:

20. Bisherige medizintechnische Untersuchungen

Untersuchungen (wann und wo?)

- ☐ Hörprüfung
- ☐ Sehprüfung
- ☐ Röntgen
- ☐ Computertomographie
- ☐ Kernspintomographie(MRT)
- ☐ Ultraschall
- ☐ EEG
- ☐ Labor
- ☐ EKG
- ☐ Andere

21. Kindergarten und Schule

Welche Einrichtung hat der Patient besucht/ besucht der Patient

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| ☐ Regelkindergarten | ☐ Kinderkrippe | ☐ Sonderkindergarten |
| ☐ Grundschule | ☐ Schülerhört | ☐ SBBZ |
| ☐ Werkrealschule | ☐ Realschule | ☐ Gymnasium |

Name der Schule/des Kindergartens/Adresse /Kontakt:

Lehrer/in; Erzieher/in:

Klasse:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund

Alle Sorgeberechtigten sind über die Vorstellung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie informiert.

Ort, Datum:

Unterschrift eines Sorgeberechtigten