

Sehr geehrte Eltern,

für eine erfolgreiche Behandlungsplanung sind für uns vorab einige Informationen notwendig und hilfreich, um die weiteren Schritte zu bahnen und im gemeinsamen Gespräch Zeit für das Wesentliche zu haben.

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zu. Zusätzlich benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten in die Diagnostik und Behandlung bei uns.

Wir werden Ihnen zeitnah einen Termin zum Gespräch zukommen lassen.

Es sollten alle Sorgeberechtigten das Kind zum Erstgespräch begleiten. Bitte bringen Sie dann auch das gelbe Untersuchungsheft, Zeugnisse und Berichte anderer Institutionen mit.

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antwortmöglichkeiten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Senden Sie den Fragebogen bitte an:

DRK-Kinderklinik Siegen
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -
psychosomatik und -psychotherapie
z.Hd. Frau Immel
Wellersbergstr. 60
57072 Siegen



Elternfragebogen

Ausgefüllt am (Datum): von:

Nachname des Kindes: geb.:

Vorname: Geschlecht (ankreuzen):
 Mädchen Junge

Straße: PLZ: Ort:

Krankenkasse:

Überweisender Kinder- / Hausarzt:

Straße: PLZ: Ort:

Sorgerecht liegt bei:.....

Angaben zu den Eltern:

Name der **Mutter**:..... geb.:.....

Straße:..... PLZ:..... Ort:.....

Telefonisch erreichbar unter:.....

Derzeitige Tätigkeit:.....

Name des **Vaters**:..... geb.:.....

Straße:..... PLZ:..... Ort:.....

Telefonisch erreichbar unter:.....

Derzeitige Tätigkeit:.....

Name der **Pflegeeltern/der Pflegeeinrichtung**:.....

Straße:..... PLZ:..... Ort:.....

Telefonisch erreichbar unter:.....

I. Gründe der Vorstellung

Was ist der Anlass zur Vorstellung bei uns? Um was sorgen Sie sich bei Ihrem Kind?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Hat ihr Kind suizidale Gedanken geäußert?

nein

ja

Bei akuten Suizidabsichten wenden Sie sich bitte umgehend an die für Ihren Wohnort zuständige pflichtversorgende Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Haben Sie in den letzten Wochen Veränderungen im Schlaf oder Appetit Ihres Kindes bemerkt? Wenn ja, welche:

.....

.....

.....

Gibt es aktuelle oder vorangegangene familiäre Belastungen (z.B. belastende Ereignisse, Todesfälle, finanzielle Belastungen, Trennung o.Ä.)

nein

ja, und zwar:

.....

.....

Haben Sie sich wegen der oben beschriebenen Sorgen schon an andere Stellen gewandt (z.B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychotherapeuten, Haus- oder Kinderarzt, Schule, o.ä.)?

nein

ja, und zwar:

.....

.....

.....

Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen oder empfohlen (z.B. Therapie, Beratung, Medikation, Sozialpädagogische Familienhilfe, Förderung über §35a KJHG etc.)?

.....

.....

.....

Wurde das Kind schon einmal bei uns oder in einer anderen Kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt?

nein

ja, und zwar:

wo:..... wann: ambulant stationär

wo:..... wann: ambulant stationär

wo:..... wann: ambulant stationär

Bitte geben Sie alle Behandlungen in Kinder- und Jugendpsychiatrien, Kinderkliniken, Sozialpädiatrischen Zentren, niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern, Psychologen, Kinderärzten u.s.w. an. **Bitte reichen Sie die entsprechenden Arztbriefe ein.**

II. Familie

Geschwister (Geschlecht, Alter, Schule/Kindergarten, gesundheitliche Probleme)

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....
- 5).....
- 6).....

Leidet oder litt ein Familienangehöriger unter psychischen oder neurologischen Problemen/Erkrankungen?

nein

ja, und zwar:

.....

.....

.....

III. Entwicklung des Kindes

Gab es Besonderheiten oder Auffälligkeiten während der Schwangerschaft oder bei Geburt :

.....

.....

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?

Mit welchem Alter lernte das Kind

- Laufen:
- Sprechen:

Wann war es trocken u. sauber?

Erfolgte eine krankengymnastische, ergotherapeutische Behandlung, Frühförderung, Heilpädagogik oder Sprachtherapie?

nein ja, und zwar:

Art: von bis

Art: von bis

Art: von bis

Leidet oder litt das Kind an einer körperlichen Erkrankung (Asthma, Allergien u.s.w.), an einer neurologischen Erkrankung (Anfallsleiden o.ä.), an erblichen, angeborenen Erkrankungen, an einem Syndrom oder einer körperlichen Behinderung/Beeinträchtigung?

nein ja, und zwar:

Art:

Art:

Art:

Nimmt/nahm Ihr Kind regelmäßige Medikamente ein?

nein ja, und zwar:

Name: Dosis:

Name: Dosis:

Gab es Auffälligkeiten im Kindergarten?

keine Probleme Es gab / gibt Probleme, und zwar:

.....
.....

Das Kind besucht(e) keinen Kindergarten, weil

Falls noch Kindergartenkind, Name und Art des Kindergartens:

.....

Wann und wo wurde Ihr Kind eingeschult?

Name der aktuellen Schule, Ort:.....

Art der Schule:.....

evtl. Förderschwerpunkt:

.....

..... seit:

aktuelle Klassenstufe:

.....

Klassenlehrer(in):

Was loben / kritisieren die Lehrer an den Leistungen und / oder dem Verhalten des Kindes?

.....

.....

.....

Einverständniserklärung

Dieses Einverständnis benötigen wir aus rechtlichen Gründen für den Fall, dass eine/r der Sorgeberechtigten zum Erstgespräch oder zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann. Wir wünschen uns eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen als Sorgeberechtigten, freuen uns über Ihre Teilnahme an den Diagnostik- und Therapiegesprächen und sind gerne bereit, Ihnen als Sorgeberechtigten Auskunft über den Stand der Diagnostik und Therapie zu erteilen. Die Schweigepflichtentbindung und Einverständniserklärung zu einer medikamentösen Behandlung müssen gesondert erteilt werden.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r einverstanden mit der Diagnostik und Behandlung

meines Kindes : _____ geb. _____
in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie der DRK-Kinderklinik Siegen.

Ich erkläre mich bezüglich einer Einsichtnahme vorab in die Arztberichte des Sozialpädiatrischen Zentrums der DRK Kinderklinik Siegen einverstanden. (bei Bedarf bitte streichen)

.....
Ort, Datum

.....
*Unterschrift **der sorgeberechtigten Mutter***

.....
Ort, Datum

.....
*Unterschrift **des sorgeberechtigten Vaters***

Sollten Sie das alleinige Sorgerecht für Ihr Kind haben, fügen Sie bitte der Anmeldung eine entsprechende Bescheinigung bei.

Schweigepflichtentbindung

Betreffend Kind: _____

geb. am: _____

ich/wir entbinde(n) gegenseitig die Ärzte, Psychologen und Mitarbeiter der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie von der Schweigepflicht gegenüber nachfolgend genannten Personen und Einrichtungen. Zutreffendes kreuze(n) ich/wir an:

Personen und/oder Einrichtungen

Name der Person(en)/Institution

Niedergelassene Ärzte

Kliniken

Psychotherapeuten

Beratungsstellen

Jugendamt

Träger der Jgd.-Hilfe-Einrichtung

Heimatschule

weitere

Siegen, den _____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

Unterschrift Patient (ab 14 Jahre)