



**Gemeinschaftspraxis**  
Dr. med. Eileen von Lehmden  
Dr. med. Gesa Martini  
**Fachärztinnen für Kinder- & Jugend-  
psychiatrie & -psychotherapie**  
DIAGNOSTIK | BERATUNG | THERAPIE

## Fragebogen vor Aufnahme der Behandlung I

Kind/ Jugendlicher:

Vor- und Nachname:

Geboren am:

Datum der Anmeldung:

Geschlecht:

Staatsangehörigkeit:

Anschrift:

PLZ:

Ort:

Telefon Festnetz:

Mobil:

Krankenkasse:

Mit wem versichert?

Kinder-/Hausarzt:

Findet **gegenwärtig** (in diesem Quartal) eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Institutsambulanz (KJ-PIA) oder bei einer/einem anderen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/in statt?

Ja

Nein

Schildern Sie bitte kurz die Probleme, die zur Vorstellung bei uns führen und wie sie sich entwickelt haben:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Haben sie mit Ihrem Kind wegen der Probleme schon andere Hilfen in Anspruch genommen?  
(z.B. Beratungsstellen, Ergotherapie, Logopädie)

Ja

Nein

Wann

Wo

Weswegen

---

---

---

## Fragebogen vor Aufnahme der Behandlung II

Wurde Ihr Kind schon einmal bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapeuten oder in einer entsprechenden Klinikabteilung vorgestellt?

Ja  Nein

Wann

Wo

Weswegen

|       |       |       |
|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Besteht Kontakt zum Jugendamt?

Ja  Nein

Wenn ja, seit wann/weshalb:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Zuständiges Jugendamt:

Ansprechpartner:

Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

### Zur Entwicklung:

Gab es in der Schwangerschaft Probleme?

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft?

Ja  Nein

Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft?

Ja  Nein

Medikamenteneinnahme der Mutter während der Schwangerschaft?

Ja  Nein

Gab es während der Geburt Probleme?

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Geburt erfolgte in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche.

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ g

Geburtslänge \_\_\_\_\_ cm

APGAR Werte \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gab es in der frühkindlichen Entwicklung (Motorik, Sprache, Sauberkeit) Probleme/Verzögerungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen?

\_\_\_\_\_

### Kindergartenalter

Besuch des Kindergartens im Alter von ca. \_\_\_\_\_ Jahren.

# Fragebogen vor Aufnahme der Behandlung III

Verhaltensauffälligkeiten/Besonderheiten während der Kindergartenzeit  
(z.B. Spielverhalten, Sozialverhalten):

---

---

Einschulung im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren.

Aktuelle Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Musste bereits eine Jahrgangsstufe wiederholt werden?  Ja  Nein

Wenn ja, welche:

---

Erfolgte eine Ein-/Umschulung auf eine Förderschule?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Schule/wann:

---

Gab es Besonderheiten/Probleme während der Grundschulzeit?  
(z.B. bzgl. Einschulung, Lern-, Leistungs-, Arbeitsverhalten, Selbstständigkeit, Sozialverhalten, Freundschaften)

---

---

---

Gab es Besonderheiten/Probleme auf der weiterführenden Schule (ab Klasse 5)?

---

---

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn ja

Medikament: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ Einnahme seit wann? \_\_\_\_\_

---

---

---

**Familienanamnese:**

**Leibliche Mutter:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

---

Geboren am: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

---

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

---

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

---

# Fragebogen vor Aufnahme der Behandlung IV

## Leiblicher Vater:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

## ggf. Stief-/Pflege-/Adoptivmutter:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

## ggf. Stief-/Pflege-/Adoptivvater:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

## Geschwister

Name, Vorname

Alter/  
Geschlecht (m/w)

Geschwister (G),  
Halb- (HG),  
Stiefgeschwister (SG)

Bekannte Krankheiten

|       |       |       |       |
|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Wer hat das Sorgerecht?

Mutter

Vater

gemeinsam

Vormund

Das Kind lebt aktuell zusammen mit/bei:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es psychische/schwere körperliche Erkrankungen in der Familie?

Ja

Nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_