

Praxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -Psychotherapie

Ursula Seibert, Adrian Damek
+ Mitarbeiter:innen

Goethestraße 3, 28832 Achim
Tel: 04202/764 77-00
Fax: 04202/764 77-01
www.kjp-achim.de

Sprechstunden nach Terminabsprache

Fragebogen zu Ihrem Kind

Datum _____

Name, Vorname _____ **Geb.dat** _____

Wohnort _____ **Telefon/Handy** _____

Hausarzt/Kinderarzt _____ **Sorgerecht** _____

Familie

Mutter: Name, Geb.dat., aktuelle Tätigkeit _____

Vater: Name, Geb.dat., aktuelle Tätigkeit _____

Wenn das Kind woanders wohnt _____

Wer wohnt noch bei Ihnen _____

Geschwister _____

Kontakt Großeltern mütterlich _____

Kontakt Großeltern väterlich _____

Familienerkrankungen _____

Vorgeschichte

Schwangerschaftsverlauf _____

Geburt _____

Auffälligkeiten im Säugling-/Kleinkindalter (Stillen, Füttern, Krabbeln, Laufen, Sprechen, etc.)

_____

Betreuung in der ersten Zeit _____

Wo schlief und schläft das Kind _____

Erkrankungen /Operationen/Allergien _____

Medikamente _____

Welche Hilfen gab/gibt es (Frühförderung, Ergo, Logo, KG, Ärzte, Psychologen, Kur, Heim, WG, etc.)

_____

_____

Kindergarten _____

Einschulung, Wechsel _____

Besonderheiten _____

Stärken des Kindes _____

Schwächen des Kindes _____

_____

_____

<u>Lebenssituation</u>

Wie wohnen Sie _____

Hat das Kind ein eigenes Zimmer _____

TV, PC – Wo und wie lange? _____

Freizeitaktivitäten Kind, Familie _____

_____

Freundeskreis des Kindes, Familie _____

Wie sieht ihr Tagesablauf aus _____

Welche Rituale haben Sie – feste Mahlzeiten _____

_____

Gab es besondere Familienereignisse _____

_____

<u>Was möchten Sie uns mitteilen</u>

Über das Kind _____

_____

Über sich/Familie _____

_____

Sollte der Platz nicht ausreichen fügen Sie gerne Ihre weiteren Anmerkungen an.