

FRANKJANSEN

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Liebe Familie.....

um ein möglichst umfassendes Bild vonEntwicklung bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist nur für mich als Informationshilfe gedacht und wird, für Dritte nicht zugänglich, in der Patientenakte verwahrt.

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Handynummer - Mailadresse	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

2. Angaben zur leiblichen Mutter

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	mail

3. Angaben zum leiblichen Vater

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	
Alter	Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf	

Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

4. Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	mail

5. Angaben zum Partner der Mutter

entfällt Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	mail

6. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister) Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?

7. Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?

- Eltern
- Arzt
- Kindergarten
- Hort/Tagesgruppe
- Schule
- Beratungsstelle
- Jugendamt/KSD
- Sonstige _____
(Wer?)

8. Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?

Handwritten text on lined paper:

Das Kind hat Schwierigkeiten bei der Konzentration und ist sehr unruhig. Es hat Probleme bei der Schularbeit und in der Freizeit. Es ist sehr ängstlich und hat oft Angst vor dem Dunkeln. Es hat auch Probleme bei der Kommunikation mit anderen Kindern und Erwachsenen. Es ist sehr sensibel und reagiert stark auf Geräusche und Berührung. Es hat auch Probleme bei der Einnahme von Medikamenten.

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

Jahre

10. Wie verlief die Schwangerschaft?

(mehrere Angaben sind möglich)

Es liegen keine Informationen vor.

normal beschwerlich Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft

seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft Wenn ja, welche Probleme?

im Krankenhaus _____ Hausgeburt

(welches?)

normal zu früh zu spät

Querlage Saugglocke Zange

Kaiserschnitt Blutaustausch andere Komplikationen während der Geburt?

(welche?)

Fragen zum Neugeborenen:

Gewicht: _____ Gramm Länge: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm Apgar-Werte / / /

Wurde Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt?

nein ja _____

Wie wurde Ihr Kind behandelt?

Eigene Ergänzungen:

12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Es liegen keine Informationen vor.

frei sitzen mit: _____ Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____ Monaten
frei laufen mit: _____ Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: _____ Monaten
erste Worte mit: _____ Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: _____ Monaten
Besonderheiten: _____ (welche?)	

Eigene Ergänzungen

13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)

<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Krabbelstube
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)	<input type="checkbox"/> andere Personen _____	(welche?)

Eigene Ergänzungen:

14. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig
(mehrere Angaben sind möglich)

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfworfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter	<input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt
<input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab	<input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden	<input type="checkbox"/> eifersüchtig
<input type="checkbox"/> oft krank	<input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative	<input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich
<input type="checkbox"/> trotzig	<input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen	_____
(welche?)		

Eigene Ergänzungen:

15. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten?	_____ Jahre
Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
(welchen?)	
Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gab es im Kindergarten Probleme?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____
(welche?)	

Eigene Ergänzungen:

16. Fragen zum Schulalter

Es liegen keine Informationen vor.

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren? trifft nicht zu

ein Elternteil Verwandte/Bekannte Tagesmutter

Hort Tagesgruppe versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?

Einschulungsjahr-Grundschule: _____

normaler Verlauf Vorklasse besucht verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse _____ Wechsel auf eine Sonderschule
(welche?)

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule? regelmäßig

verspätet sich oft fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____
(welche?)

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer Küche Wohnzimmer

Hort Schule anderswo _____
(wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig mit gelegentlicher Hilfe vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?

nein

ja

(welche Fächer?)

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?

entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: _____

Klasse: _____

Name der Klassenlehrerin: _____

Eigene Ergänzungen:

17. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber: allein

mit anderen Kindern

mit Erwachsenen

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein

Musikgruppe

Spielgruppe

Jugendgruppe

Spielpark/Jugendzentrum

anderes: _____

(was?)

Eigene Ergänzungen:

18. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle	Welche?	In welchem Jahr

Eigene Ergänzungen:

19. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes
<input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> andere Krankheiten

(welche?)		

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

entfällt

bei Geschwistern

beim Vater

bei der Mutter

bei den Großeltern

bei anderen Verwandten

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten?

nein

ja

(welche?)

20. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Welche?

21. Welche Stärken und positiven Eigenschaften besitzt Ihr Kind?

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?

Über welche Entwicklungsschritte freuen/freuen Sie sich besonders?

Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

22. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter

Vater

Verwandter

(wer?)

andere Person

(wer?)

**Vielen Dank für die Beantwortung der
Fragen!**

Unterzeichnung

Frank Jansen
Roermonder Straße 28
41812 Erkelenz

Steuernummer: DE 202/5178/1541
www.psychotherapie-jansen.de
praxis@psychotherapie-jansen.de

Sparkasse Aachen 390 500 00
IBAN: DE25 3905 0000 1072 2386 19
BIC: AACSD33XXX