



Fragebogen zur Erstvorstellung, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Für eine erfolgreiche Diagnostik und Behandlung sind eine Vielzahl von Informationen notwendig. Bitte füllen Sie daher diesen Fragebogen so vollständig wie möglich aus. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank.

1. Angaben zum Kind / zur/zum Jugendlichen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w d

Straße, PLZ, Ort:

Schulbildung:

Schultyp und Klasse: _____

Ausbildung: _____

Studium: _____

Kinderarzt / Hausarzt/ Psychiater:

Krankenversicherung: gesetzlich: _____ privat: _____

Hauptversicherter: _____

Versicherungsnummer Patient/in: _____

Sorgerecht: Eltern Mutter Vater andere Person/en

2. Angaben zur Familie:

Leibliche Mutter:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Straße, PLZ, Ort (falls abweichend):

Telefonnummer (Festnetz /Mobil/ Email): _____

Am besten erreichbar (Wochentag/Uhrzeit von/bis): _____

Wichtige körperliche, bzw. psychische Erkrankungen / Vorerkrankungen:



Leiblicher Vater:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Straße, PLZ, Ort (falls abweichend):

Telefonnummer (Festnetz /Mobil/ Email): _____

Am besten erreichbar (Wochentag/Uhrzeit von/bis): _____

Wichtige körperliche, bzw. psychische Erkrankungen / Vorerkrankungen:

Angaben zu Geschwister (auch Halb- od. Stiefgeschwister):

o Name, Vorname:

o Geburtsdatum

o Wohnort

Weitere Bezugspersonen (z.B. Stiefmutter/ -vater etc.)

Bezugsperson (Bezug zum Kind/Jugendlichen): _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Familienstand: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Straße, PLZ, Ort (falls abweichend):

Telefonnummer (Festnetz /Mobil/ Email): _____

3. Vorstellungsgrund:

Aus welchen Gründen stellen Sie sich in meiner Praxis vor? Welche Probleme und Schwierigkeiten sehen Sie bei Ihrem Kind?



Seit wann besteht diese Symptomatik? Gab es früher schon einmal ähnliche oder andere Auffälligkeiten?

Gibt es besondere Ereignisse, die Sie mit dem Auftreten der Beschwerden in Verbindung bringen? Wenn ja, welche?

Zeigen sich die Auffälligkeiten in Verbindung mit bestimmten

- Orten? Wenn ja, wo und wie? _____

- Tageszeiten? Wenn ja, wann? _____

- Situationen? Wenn ja, welche? _____

- Personen? Wenn ja, wer? _____

Haben Sie sich aufgrund der angegebenen Auffälligkeiten schon einmal an andere Stellen gewandt? Wenn ja, wo?

5. Stärken / Ressourcen Ihres Kindes:

6. Somatischer Befund:

Aktuelle Größe: _____ Aktuelles Gewicht: _____ bei Mädchen, 1. Periode mit ___ Jahren

Bisherige Krankheiten, körperliche Auffälligkeiten: _____

Hat Ihr Kind Allergien, Schmerzen? _____

Gab es in der Vorgeschichte Krampfanfälle? _____

Gab es Auffälligkeiten in den Voruntersuchungen (U2-U___, gelbes Untersuchungsheft)?

d.) Medikamente? Was, wie oft, Menge: _____

7. Angaben zur kindlichen Entwicklung:

War Ihr Kind ein Wunschkind? Ja Nein

Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt? _____



Geburt: SSW: _____ Größe _____ Gewicht _____ Apgar-Index: ____/____/____

Gab es Komplikationen vor oder nach der Geburt?

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja, Dauer: _____ Nein

In welchem Alter lernte ihr Kind

- Laufen: _____ - Sprechen: _____ - Sauberkeit: _____

Gab Besonderheiten, Auffälligkeiten? (z.B. Verzögerungen, Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung etc.) _____

Kindergarten ab _____ Jahren, Auffälligkeiten? _____

Einschulung mit _____ Jahren, Auffälligkeiten? _____

Bisher besuchte Schularten? Von wann bis wann? _____

Gab es seit der Geburt belastende Lebensereignisse?

(z.B. Todesfälle in der Familie, Fehlgeburt, Trennung der Eltern, Umzüge, Unfälle)

8. Behandlungsziel / Veränderungswunsch:

Welche Wünsche und Erwartung haben Sie an die Behandlung? Welche 3 Ziele sind für Sie besonders wichtig?

9. Welche **zusätzlichen Informationen** erscheinen Ihnen noch wichtig (z.B. Aspekte, die direkt oder indirekt mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der Symptomatik zu tun haben könnten)?
