



Städtisches Klinikum, Postfach 6280, 76042 Karlsruhe
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und
Psychotherapie

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Klinikdirektor
Meike Bottlender

Chefartzsekretariat
Tel. 0721 974-3906 Fax -3909
Kinderjugendpsychiatrie@klinikum-karlsruhe.de

Kinder-u. Jugendpsychiatrische
Institutsambulanz
Tel. 0721 974-3901 Fax -3908

Transitionszentrum Karlsbad-Langensteinbach
Tel. 07202 61-3301/-3370

Kinderstation P19
Tel. 0721 974-3915

Jugendstation P18
Tel. 0721 974-3920

Jugendstation P29
Tel. 0721 974-3970

Tagesklinik P28
Tel. 0721 974-3932

Psychosomatische Station C25
Tel. 0721 974-3960

Eltern-Kind-Station C27
Tel. 0721 974-3965

Ihre Nachricht

Unsere Nachricht

Datum

Bitte den Elternfragebogen ausfüllen, ausdrucken
und zum Termin mitbringen. Danke.

1. Patientendaten

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____

PLZ, Wohnort: _____ **Str.:** _____

Staatsangehörigkeit: _____

2. Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße		
Telefon(wichtig)		
mobil		
E-Mail Adresse		
ggf. Fax		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		

3. Beziehungsstatus der Eltern:

verheiratet unverheiratet geschieden getrennt lebend verwitwet

sorgeberechtigt ist/sind: Vater Mutter Vormund/Betreuer

4. Nennen Sie bitte die Namen der Geschwisterkinder des Patienten

Name	Geburtsdatum	Evtl. Bemerkungen

5. Hat Ihr Kind Allergien gegen Nahrungsmittel, Medikamente oder Substanzen?

Nein Ja

Wenn ja, welche?

6. War das Kind bereits bei uns in Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, wann?

7. Warum melden Sie Ihr Kind an?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wutanfälle | <input type="checkbox"/> Unruhezustände | <input type="checkbox"/> Zwänge |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzung | <input type="checkbox"/> Nägelbeißen | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | <input type="checkbox"/> Schulverweigerung | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Zähne knirschen | <input type="checkbox"/> Zündeln | <input type="checkbox"/> Lügen |

Stimmung: fröhlich schwankend zurückgezogen traurig

Schlafstörungen, welche: _____

Ängste, in welchen Situationen _____

Verhaltensstörungen, welche: _____

Sonstiges, bitte beschreiben:

8. Problembereiche

Kreuzen Sie bitte an, auf welchem Gebiet die Störungen liegen:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wachstum/Fehlbildung | <input type="checkbox"/> Sehvermögen | |
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung | <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Hörvermögen | |

Sonstige: _____

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

9. Schwangerschaftsverlauf und Geburt

Schwangerschaft: unauffällig Komplikationen, welche? _____

Emotionale/ psychosoziale Belastung in dieser Zeit, welche?

Geburt: rechtzeitig zu früh

nach Termin in welcher Schwangerschaftswoche _____

Entbindung: spontan geplanter Kaiserschnitt Saugglocke

Geburtszange Notkaiserschnitt

Gab es Komplikationen, welche: _____

10. Fragen zum Neugeborenen

Geburtsgewicht in (g):

Länge (cm):

Kopfumfang (cm):

War eine Beatmung/Brutkasten notwendig? Ja Nein

Wie waren die APGAR-Werte nach der Geburt? / / /

Bestanden Auffälligkeiten beim Kind? Nein Ja, welche?

11. Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr

Nein

Exzessives Schreien schwer zu beruhigen Ein-/Durchschlafstörungen

Fütter-/Gedeihstörung leicht irritierbar vermied Blickkontakt

Gelbsucht Trinkschwäche Atemstörungen

vermied Körperkontakt

Andere:

12. Bisherige kindliche Entwicklung

Monat		Monat	
Lächeln	_____	Hochziehen	_____
Greifen	_____	Erste Wörter	_____
Selbständiges Essen	_____	Krabbeln	_____
Selbständig Anziehen	_____	Freies Sitzen	_____
Trocken	_____	Gehen	_____
Erster Zahn	_____	Besonderheiten: _____	
Sauberkeit	_____		

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand / Rückschritt gegeben?

Nein Ja, welche?

13. Ernährung

Wurde Ihr Kind gestillt? Nein Ja, wie lange? _____

Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung)

Besonderheiten:

Neigung zum Erbrechen: Nein Ja, wie lange?

14. Zuweisende/r Ärztin/Arzt bzw. zuweisende Stelle

Name:	Telefon:	—
PLZ: Ort:		
Straße:		

15. Diagnosen

--

16. Medikamente

Medikamentenname/ Wirkstoff:	Dosierung:			
	morgens	mittags	abends	nachts

17. Bisherige Therapien:

<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeut	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Frühförderung
<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> andere Behandlungen

Anschrift des/der Therapeuten/in	Datum:	Anlass?

18. Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?

Bitte genaue Anschrift angeben

Ärzte	Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon	Wann?
Kinderarzt		
Kinder- u. Jugendpsychiater		
Neurologe		
Augenarzt		
Orthopäde		
HNO-Arzt		

19. War der Patient bereits stationären Behandlungen?

Nein

Ja (wenn ja, bitte Tabelle ausfüllen)

Krankenhausanschrift	Datum:	Gründe:

20. Bisherige medizintechnische Untersuchungen

Untersuchungen (wann und wo?)
<input type="checkbox"/> Hörprüfung <input type="checkbox"/> Sehprüfung <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> Computertomographie <input type="checkbox"/> Kernspintomographie(MRT) <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Labor <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> Andere

21. Kindergarten und Schule

Welche Einrichtung hat der Patient besucht/ besucht der Patient

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Regelkindergarten | <input type="checkbox"/> Kinderkrippe | <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten |
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Schülerhört | <input type="checkbox"/> SBBZ |
| <input type="checkbox"/> Werkrealschule | <input type="checkbox"/> Realschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium |

Name der Schule/des Kindergartens/Adresse /Kontakt:

Lehrer/in; Erzieher/in:

Klasse:

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Mutter Vater Vormund

Alle Sorgeberechtigten sind über die Vorstellung in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie informiert.

Ort, Datum:

Unterschrift eines Sorgeberechtigten