

# Kinderpsychotherapie EISENACH



## Patienten-Fragebogen

Name des Patienten:	
Geb.-Datum (Kind):	
Adresse (Kind):	
Kinderarzt:	
Handy-Nr. (Jugendliche):	
Handy-Nr. (Mutter):	
Handy-Nr. (Vater):	
Festnetz.-Nr.:	

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen kinderpsychotherapeutischen/ kinderpsychiatrischen Praxis/Ambulanz in Behandlung?

Ja       Nein

Wenn ja, wo?

---

---

# Kinderpsychotherapie

## EISENACH



### Erklärung zum Sorgerecht:

- Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) leben zusammen und haben das gemeinsame Sorgerecht.
- Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) leben getrennt / geschieden und haben das gemeinsame Sorgerecht: Name, Adresse, Telefonnr. des zweiten sorgeberechtigten Elternteils (bei dem das Kind nicht gemeldet ist):

---

---

---

- Die Mutter hat das alleinige Sorgerecht.
- Der Vater hat das alleinige Sorgerecht.
- Ein Vormund hat das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon):

---

---

---

- Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht/ Gesundheitssorgerecht liegt bei folgendem Elternteil (*Unzutreffendes bitte streichen!*)

---

---

---

Ich versichere hiermit, dass meine Angaben zum Sorgerecht korrekt sind und dass, falls gemeinsames Sorgerecht besteht, beide Sorgeberechtigte mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung sowie ggf. mit der psychotherapeutischen Behandlung des Kindes hier in der Praxis einverstanden sind.

Sollte dieses Einverständnis von einem Sorgeberechtigten zwischenzeitlich zurückgezogen werden oder sollte sich die Sorgerechtsregelung ändern, werde ich die Praxis hierüber unverzüglich informieren, denn nach bundesdeutscher Rechtslage ist für die kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung eines Kindes/ Jugendlichen bis zum 15. Geburtstag das Einverständnis beider Sorgeberechtigten erforderlich.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

# Kinderpsychotherapie

## EISENACH



### Anamnese

#### Schwangerschaft:

Verlauf:  unauffällig  auffällig  
(Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch,  
Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen, ...)

---

---

---

**Geburt:** (diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft):

Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

Wie war die Entbindung?  spontan  mit Saugglocke  
 mit der Geburtszange  mittels Kaiserschnitts

Gewicht: \_\_\_\_\_ g Länge \_\_\_\_\_ cm APGAR: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Punkte

Behandlung auf Intensivstation:  nein  ja

Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Säuglingsperiode:

Wurde das Kind gestillt?  nein  ja Wie lange? \_\_\_\_\_

War das Kind ein:  Schreikind  ruhiges Kind  Sonstiges \_\_\_\_\_

Gab es andere Auffälligkeiten (Fütterprobleme, medizinische Eingriffe, Trennung, Tod im familiären Umfeld, etc.)?

nein  ja Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Kleinkindalter:

Ab wann konnte Ihr Kind frei  
laufen? \_\_\_\_\_ Monate

Wie war die  
Sprachentwicklung? Erste Worte? \_\_\_\_\_ Monate

Ab wann  
Zweiwortsätze? \_\_\_\_\_ Monate

# Kinderpsychotherapie

## EISENACH



Wie war das Spielverhalten? \_\_\_\_\_  
Was hat Ihr Kind gern gespielt? \_\_\_\_\_

Hatte ihr Kind eine Trotzphase?  ja  ja  
Wann war Ihr Kind trocken? \_\_\_\_\_ Monate/ Jahre  
Wann war Ihr Kind stuhlsauber? \_\_\_\_\_ Monate/ Jahre

Gabe es eine erneute Phase des  nein  ja Wann? \_\_\_\_\_  
Einnässens/ Einkotens?

### Aktuelle körperliche Gesundheit:

Unter welchen körperlichen Krankheiten leidet Ihr Kind?

---

---

Augen:  
Kann Ihr Kind gut sehen?  ja  nein  
Trägt Ihr Kind eine Brille?  ja  nein

Ohren:  
Kann Ihr Kind gut hören?  ja  nein  
Wurde es vom HNO-Arzt untersucht?  ja  nein  
Sind Allergien bekannt?  nein  ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente  nein  ja  
ein?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es jemals einen Krampfanfall /  nein  ja  
Fieberkrampf / epileptischer Anfall  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

### Belastungen:

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, das noch heute eine Rolle spielt?

---

---

---

# Kinderpsychotherapie

## EISENACH



### Bisherige Behandlungen und Therapien:

Gab es bisher schon Therapien? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?  
(z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), Frühförder-Zentrum, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)

---

---

---

Gab es bisher umfangreichere medizinische Behandlungen? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?  
(Operationen, stationäre Behandlungen)

---

---

---

### Kindergarten:

Ab wann hat Ihr Kind eine Kindertagesstätte besucht bzw. besucht es ihn? \_\_\_\_\_

Hatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz?     nein             ja

Hatte/Hat Ihr Kind Trennungsjahre?                                     nein             ja

Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe?                                     nein             ja

Gab/ gibt es andere Auffälligkeiten in der KiTa?                     nein             ja

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Schule:

In welchem Jahr wurde/wird Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen Schulbegleiter?                                     ja             nein

Welche Schule/Klasse besucht ihr Kind? \_\_\_\_\_

Welche Klasse besucht ihr Kind? \_\_\_\_\_

Welche weiterführende Schule wurde in der 4. Klasse von den Lehrern empfohlen

---

Hat Ihr Kind einen Förderstatus in der Schule oder besucht es Förderunterricht?

nein             ja



# Kinderpsychotherapie

## EISENACH



Machen Sie ein Bettgehritual mit Ihrem Kind?

nein

ja

Falls ja, was machen Sie zusammen?

---

---

Welche elektronischen Medien konsumiert Ihr Kind am meisten?

---

Wieviel Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

an Schultagen: \_\_\_\_\_ Stunden/ Tag an schulfreien Tagen: \_\_\_\_\_ Stunden/ Tag

Was kann Ihr Kind gut, welche Fähigkeiten und Eigenschaften mögen Sie an Ihrem Kind?

---

---

---

### **Familie:**

Mutter - Name:

---

Geburtsdatum:

---

Schulabschluss:

---

Ausbildung/Studium:

Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?

---

Leiden Sie unter körperlichen/psychischen Erkrankungen?

nein

ja

Welche?

---

---

Vater - Name:

---

Geburtsdatum:

---

Schulabschluss:

---

Ausbildung/Studium:

Wieviele Stunden pro Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?

---

Leiden Sie unter körperlichen/psychischen Erkrankungen?

nein

ja

Welche?

---

---

# Kinderpsychotherapie EISENACH



Haben Sie noch weitere Kinder? Bitte auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwistern!

Name	Geburtsjahr	Schule/ Klasse

Sind auch bei Geschwistern Verhaltensprobleme aufgetreten?

nein

ja

Welche? \_\_\_\_\_

Bestehen bei anderen Familienmitgliedern psychische Erkrankungen?

nein

ja

Welche und bei wem? \_\_\_\_\_

Wer aus Ihrer Familie bzw. Ihrem Bekanntenkreis könnte Sie ggf. dabei unterstützen, Ihrem Kind zu helfen?

---

---

**Sonstige wichtige Informationen:**

---

---

---

---

---

---

---

*Ich danke Ihnen recht herzlich für das gewissenhafte Ausfüllen dieses Fragebogens!*