



Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Evangelisches Krankenhaus Königin-Elisabeth Herzberge gGmbH, Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Abteilung Psychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie des
Kindes- und Jugendalters

Chefärztin: Dr. R. May

Institutsambulanz
Bearbeiter:

Tel.: 030/5472-3815
Fax: 030/5472-299598

Berlin, den _____

Liebe Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

Sie haben Ihr Kind zu einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung in unserer Klinik angemeldet. Es gibt nun viele Fragen zu klären, u.a. zum bisherigen Entwicklungsweg Ihres Kindes, zu schulischen Leistungen, zu Freizeitinteressen und zur Familie. Wir bitten Sie, auf den nächsten Seiten alle diese Fragen möglichst vollständig zu beantworten. Wir wissen, dass Sie schon häufiger in der Vergangenheit Auskünfte erteilt haben und bitten Sie dennoch, sich diese Mühe erneut zu machen. Sie unterstützen damit die geplante Diagnostik und Behandlung. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nicht an Dritte weiter gegeben. Bitte geben Sie den Bogen beim nächsten Termin im Sekretariat der Ambulanz ab. Sollten Sie noch Rückfragen haben oder bei der Beantwortung einiger Fragen unsicher sein, können Sie diese dann auch mit dem Therapeuten besprechen.

Name der/ des Patientin/ Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon der sorgeberechtigten Eltern:

Telefon weiterer wichtiger Bezugspersonen:

Telfon des Patienten:

Name und Anschrift aller Sorgeberechtigten:

Name und Anschrift der/ des Hauptversicherten:

Angaben über die Familie

1. Bei wem lebt Ihr Kind?

beiden Eltern Mutter oder Vater Großeltern Pflegemutter / Pflegevater Adoptivmutter / Adoptivvater

Einrichtungen (Name, Anschrift und Telefonnummer bitte angeben)

2. Wer sind die elterlichen Bezugspersonen? Bitte nennen Sie:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater	Falls zutreffend: aktuell in Familie lebende/r Partner/in von Mutter / Vater
Name			
Geburtsdatum			
Staatszugehörigkeit			
Anschrift, Telefon			
Erlerner Beruf			
Aktuell Tätigkeit (Std./ Woche)			

Die Eltern sind verheiratet Lebensgemeinschaft getrennt lebend geschieden

Das Sorgerecht hat/haben beide Eltern Mutter Vater Vormund Fr./ Hr. _____
 (Welches Jugendamt? _____ Welche Teile des Sorgerechts? _____)

Gibt es noch weitere Geschwister/ Halbgeschwister/ Stiefgeschwister?

Vor- und Zuname	Geburtsdatum	Schulart und Klasse /Ausbildung	Körperliche und oder psychiatrische Erkrankungen	leiblich?

Schwangerschaft

3. Wie alt war die Mutter zum Zeitpunkt der Entbindung?

Alter: _____ Die wievielte Schwangerschaft war es? _____

4. War die Schwangerschaft erwünscht? ja nein keine Angaben möglich

Die Schwangerschaft wurde von der Mutter in welcher Schwangerschaftswoche bemerkt? _____

5. Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Röteln oder andere schwere fieberhafte Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Toxoplasmose | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung (vermehrte Eiweißausscheidung im Urin) |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle oder Ohnmachten | <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich |

6. Fielen in die Schwangerschaft weitere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, medizinische Behandlungen oder auch seelische Belastungen?

nein ja, welche: _____ keine Angaben möglich

7. Haben Sie während der Schwangerschaft:

- | | |
|---|---|
| Zigaretten geraucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wie viele pro Tag? _____ | Alkohol getrunken? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie viel pro Tag / Woche Monat? _____ |
| Medikamente zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche _____ | Drogen zu sich genommen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche _____ |
| <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich | <input type="checkbox"/> nichts dergleichen |

8. Zeigten Ultraschall- oder Fruchtwasseruntersuchungen Auffälligkeiten?

nein ja, welche: _____ keine Angaben möglich

Geburt

9. Entbindung: termingerecht zu früh _____ Tage/Wochen zu spät _____ Tage/Wochen

10. Traten unter der Geburt Komplikationen auf?

Welche? _____

11. Traten unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> die Atmung des Kindes (1. Schrei) setzte nicht sofort ein |
| <input type="checkbox"/> bei dem Kind wurde eine Sauerstoffbeatmung durchgeführt | <input type="checkbox"/> nach der Geburt wurde ein Blutaustausch vorgenommen |
| <input type="checkbox"/> das Kind musste in den Brutkasten gelegt werden | <input type="checkbox"/> in den ersten Wochen nach der Geburt wurde eine auffällige Gelbfärbung des Kindes beobachtet |

- die Nachgeburt (Mutterkuchen) war nicht in Ordnung
- keine Angaben möglich

- es lag eine Zwillings- oder Mehrlingsgeburt vor
- andere, welche: _____

12. Welche Ernährungsweise bevorzugten Sie für das Kind?

- wurde gestillt ja, _____ Wochen/ Monate nein Flaschenernährung keine Angaben möglich

13. Gab es Probleme bei der Nahrungsaufnahme im Säuglingsalter?

- nein ja, welche:

Kindliche Entwicklung

14. Traten Komplikationen im 1. Lebensjahr des Kindes auf?

- nein
- Ernährungsstörungen
- Neugeborenen- oder Säuglingskrämpfe
- Fieberkrämpfe
- Schlafstörungen
- übermäßiges Schreien
- andere, welche:
- keine Angaben möglich

15. Entwicklungsschritte

In welchem Alter zeigte Ihr Kind

Blickkontakt zu Mutter/Vater	_____ .Monat	Lautieren von Doppelsilben (z.B. „da-da“)	_____ .Monat
Soziales Lächeln	_____ .Monat	Sprechen erster Worte	_____ .Monat
Greifen	_____ .Monat	Sprechen von 2-3 Wort-Sätzen	_____ .Monat
Drehen von Rücken- in Bauchlage	_____ .Monat	Wann schlief es nachts durch	_____ .Monat
Krabbeln	_____ .Monat	Wann war es tagsüber trocken?	_____ .Monat
Freies Sitzen	_____ .Monat	Wann war es nachts trocken?	_____ .Monat
Freies Gehen	_____ .Monat		_____ .Monat

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung?

Wuchs Ihr Kind mehrsprachig auf? Nein Ja, mit folgenden Sprachen _____

Welche Sprache sprechen Sie überwiegend zu Hause? _____

16. Traten in der Kindheit schwere Krankheiten auf (mit Krankheitsverlauf)? Welche Kinderkrankheiten traten auf (bitte unterstreichen)?

- nein
- im 1. Lebensjahr, welche:
- im 2.-3. Lebensjahr, welche:
- ab dem 4. Lebensjahr, welche:
- Masern, Mumps, Windpocken, Röteln, Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie, keine
- Traten Komplikationen auf? Wenn ja, welche:
- keine Angaben möglich

17. Welche Impfungen wurden vorgenommen (bitte unterstreichen?)

- Masern, Mumps, Tetanus, Röteln, Tuberkulose, Diphtherie keine
 Traten Komplikationen auf? Wenn ja, welche: keine Angaben möglich

18. Gibt es chronische Krankheiten?

- nein ja, welche
 keine Angaben möglich

19. Hat das Kind Schädelunfälle erlitten?

- nein ja
 keine Angaben möglich

20. Wie verlief die Kinderbetreuung und -erziehung in den ersten 3-4 Lebensjahren?

- die Betreuung hat nur Freude gemacht, es war eine glückliche Zeit die Betreuung war fast problemfrei, mit den üblichen Schwierigkeiten verbunden
 die Betreuung hat viele Sorgen bereitet, es war eine schwierige Zeit keine Angaben möglich

21. Waren die Eltern des Kindes nach der Geburt berufstätig?

Mutter

- Nein
 Ja, ganztags
 Ja, halbtags oder stundenweise
 Keine Angaben möglich

Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?

Vater

- Nein
 Ja, ganztags
 Ja, halbtags oder stundenweise
 Keine Angaben möglich

Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?

22. Waren die Eltern länger als einen Monat vom Kind getrennt?

Mutter

- Nein
 Ja, in welchem Alter?
 Keine Angaben möglich

Vater

- Nein
 Ja, in welchem Alter?
 Keine Angaben möglich

23. Wie würden Sie rückblickend Ihr Kind als Säugling beschreiben?

24. Ist das Kind bereits in die Pubertät eingetreten?

- ja: 1. Periode/ 1. Samenerguss mit Jahren noch nicht
 keine Angaben möglich

25. Besucht/e das Kind die Krippe?

ja, ab welchem Alter? _____ nein, warum? _____ keine Angaben möglich

26. Geht/Ging das Kind regelmäßig in den Kindergarten?

ja, ab welchem Alter? _____ nein, warum? _____ keine Angaben möglich

Ggf. Adresse der Kita, Name der Erzieherin:

27. Geht/Ging das Kind gern in den Kindergarten?

ja nein, warum? _____ keine Angaben möglich

28. Wechselte Ihr Kind die Krippe/ Kita?

nein ja, weil _____ wie oft? _____

29. Traten während der Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf (max. 3 Nennungen)?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> Eingewöhnungsschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Trennungsangst | <input type="checkbox"/> Kontaktstörung (gehemmt ängstlich) |
| <input type="checkbox"/> Spielstörung | <input type="checkbox"/> hypermotorisches Verhalten |
| <input type="checkbox"/> aggressives/ destruktives Verhalten | <input type="checkbox"/> andere, welche? |

Hatte Ihr Kind ein Integrationsstatus? nein ja, ab _____

30. Wann erfolgte die Einschulung des Kindes?

zeitgerecht am _____ zurückgestellt bis _____

noch nicht schulpflichtig keine Angaben möglich

31. Wie verlief der Schulbesuch des Kindes?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> regelrecht | <input type="checkbox"/> eine Klassenstufe übersprungen, welche? |
| <input type="checkbox"/> einmal wiederholt, welche? | <input type="checkbox"/> mehrmals wiederholt, welche? |
| <input type="checkbox"/> abgebrochen | <input type="checkbox"/> Wurde Ihrem Kind sonderpädagogischer Förderbedarf zuerkannt? Wenn ja, in welchem Bereich? |
| <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich | |

32. Wechselte Ihr Kind die Schule?

nein ja, weil _____ Wie oft? _____

33. Das Kind befindet sich jetzt in der

..... Klasse

Welche Klasse(n) wurde(n) ggf. wiederholt?

Dies ist ein/e Grundschule Sekundarschule Gymnasium
 Förderschule mit Schwerpunkt _____ Schulprojekt

Ggf. Adresse der Schule, Name der Lehrerin:

34. Traten Schulschwierigkeiten auf (max. 3 Nennungen)?

- keine Konflikte mit den Lehrern
 aggressiv-störendes Verhalten Leistungsstörungen
 Kontaktstörungen Konzentrationsstörungen
 Konflikte mit Mitschülern sonstige, welche?
 keine Angaben möglich

35. Traten berufliche Schwierigkeiten auf?

- keine Abbruch der Ausbildung
 Arbeitsplatzwechsel (noch) nicht berufstätig
 sonstige, welche? keine Angaben möglich

Familie

36. Gibt es Rivalitäten oder bestimmte Spannungen zwischen den Geschwistern?

- nein ja, folgende _____ entfällt keine Angaben möglich

37. Traten Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen bei Geschwistern des Kindes auf?

- nein ja, folgende _____ entfällt keine Angaben möglich

38. Wie sind die Wohnverhältnisse?

- Zimmerzahl _____ eigenes Zimmer

39. Wie oft ist ihr Kind umgezogen? _____

40. Welche Angaben treffen am ehesten für die Ehe der Eltern zu?

- „normale“ Ehe, gute Harmonie und selten Streit zufriedenstellende Harmonie und Übereinstimmung
 starke Disharmonie, häufige Missverständnisse und Streit entfällt
 keine Angaben möglich

41. Wer erzieht vorwiegend das Kind?

- Vater Mutter
 andere Personen, welche: Heim-/ Fremdunterbringung
 keine Angaben möglich

42. Welche weiteren Erziehungspersonen üben einen regelmäßigen Einfluss auf die Erziehung in der Familie aus?

- keine weiteren Personen Verwandte, welche:
 sonstige Person(en), welche: keine Angaben möglich
 Gab es bereits einmal eine Heim-/ Fremdunterbringung? Wann? Wo? Wie lange?

43. Welche körperlichen und / oder psychiatrischen Auffälligkeiten und Erkrankungen in der Ursprungsfamilie des Kindes/ Jugendlichen sind bekannt?

- Leibliche Mutter: _____
Wurde die leibliche Mutter deshalb bereits behandelt? Nein Ja
Leiblicher Vater: _____
Wurde der leibliche Vater deshalb bereits behandelt? Nein Ja
Geschwister des Patienten: _____
Wurden die Geschwister deshalb bereits behandelt? Nein Ja
Weitere Familienmitglieder: _____
Wurde dieses Familienmitglied deshalb bereits behandelt? Nein Ja

Freizeitverhalten

44. Das Kind ist überwiegend?

- mit sich allein mit gleichaltrigen Kindern zusammen
 mit jüngeren Kindern zusammen mit älteren Kindern zusammen
 keine Angaben möglich

45. Das Kind spielt am liebsten

- innerhalb der Wohnung außerhalb der Wohnung keine Angaben möglich

46. Hat Ihr Kind Hobbies? Welche? _____

47. Welche Angaben zum Spielverhalten treffen zu (mehrere Antworten möglich)?

- nichts dergleichen es spielt überhaupt zu selten
 mit jüngeren Kindern zusammen es räumt seine Spielsachen zu wenig auf

- es ist noch sehr verspielt
- es entwickelt wenig Phantasie beim Spiel
- es hat wenig Ausdauer
- es ist oft ungeschickt, „linkisch“
- es zerstört oft mutwillig Spielzeug
- es spielt nur sehr selten allein
- es muss immer zum Spiel angehalten werden
- es bleibt nur kurze Zeit bei der Sache
- es hält sich nicht an die Regeln
- es kann nicht verlieren
- sonstige, welche:
- keine Angaben möglich

Schaut ihr Kind fern? Nein Ja Wie lange täglich ? _____ Stunden

Spielt es am Computer? Nein Ja Wie lange täglich ? _____ Stunden

Mit der Spielekonsole? Nein Ja Wie lange täglich ? _____ Stunden
(z.B. Playstation, Wii, X-Box)

Mit dem Nintendo-DS Nein Ja Wie lange täglich ? _____ Stunden
oder ähnliches?

Selbständigkeit

Kann Ihr Kind Fahrrad fahren Dreirad fahren Schwimmen Fahrrad mit Stützrädern fahren?

Geht es alleine zur Toilette? Ja Nein

Händewaschen / Zähneputzen Ja Nein
erfolgt alleine?

An- und Auskleiden alleine? Ja Nein

Hilft im Haushalt mit? Ja Nein

Untersuchungen / Vorbehandler

48. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt / untersucht?

Anschrift der Klinik	von-bis	Weshalb?

49. Wo haben Sie Ihr Kind noch zur Untersuchung vorgestellt?

50. Wer behandelt/e Ihr Kind früher oder aktuell?

(z.B. Kinderarzt, SPZ, HNO-Arzt, Augenarzt, Ergotherapeut, Logopäde, Psychotherapeut oder andere)

Wer? Beruf? Anschrift?	von-bis	Weshalb?

--	--	--

51. Hilfsmittel

Hat Ihr Kind Hilfsmittel?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> spezieller Kinderwagen | <input type="checkbox"/> Mundplatte / Zahnspange |
| <input type="checkbox"/> spezielles Dreirad oder Fahrrad | <input type="checkbox"/> Stehständer | <input type="checkbox"/> Orthesen |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Talker |

Jugendamtshilfen / Eingliederungshilfe

52. Hatten oder haben Sie Kontakt zum Jugendamt? ja nein

53. Haben oder Hatten Sie Kontakt zur Eingliederungshilfe? ja nein

54. Zuständiger Mitarbeiter / Zuständiges Amt: _____

55. Welche Hilfen haben Sie bereits erhalten bzw. erhalten Sie aktuell?

Hilfeform	von-bis	Weshalb?

56. Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> von der Mutter | <input type="checkbox"/> vom Vater |
| <input type="checkbox"/> von beiden Eltern | <input type="checkbox"/> von anderen Personen, welche: |

Datum: _____

Unterschrift: _____

Liebe Eltern,

für Ihre Mühe bei der Beantwortung der zahlreichen Fragen möchten wir uns bedanken und stehen Ihnen für Rückfragen gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters