



Elternfragebogen

Mit diesem Fragebogen können Sie sich bereits auf den ersten Besuch in unserer Praxis vorbereiten. Sie helfen uns damit, Ihnen zu helfen!

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?	
Datum:	

Fragen zum Kind

Nachname des Kindes:	Vorname:
geb. am:	Geschlecht des Kindes: weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/>
Straße:	PLZ: Wohnort:
Telefon:	Mobil:
Krankenkasse:	Vers.- Nr.:
Versichert durch: Versicherungsnr. des Hauptversicherern:	Versicherter geb. am:
Wer ist der behandelnde Haus-/ Kinderarzt?	
War das Kind schon einmal bei einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten oder in einer entsprechenden Klinik in Behandlung?	Nein <input type="checkbox"/> oder Ja, ambulant <input type="checkbox"/> oder Ja stationär <input type="checkbox"/> in

Beschreiben Sie bitte kurz in Stichworten den Vorstellungsgrund Ihres Kindes:

Fragen zur Familie des Kindes

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vorname, Name, ggf. Geburtsname:		
geb. am:		
Schulabschluss:		
erlernter Beruf:		
jetziger Beruf:		
Erkrankungen, Behinderungen oder Todesfall (Datum):		
Familienstand	Die leiblichen Eltern sind <input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit _____ <input type="checkbox"/> geschieden seit _____ <input type="checkbox"/> wiederverheiratet seit _____	
Das Kind ist:	<input type="checkbox"/> ehelich <input type="checkbox"/> wurde adoptiert oder <input type="checkbox"/> befindet sich in Pflege- oder Heimerziehung	
Das Sorgerecht für das Kind hat:		
Erkrankungen oder sonstige Belas- tungen innerhalb der Familie?		
Hat das Kind Geschwister? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, nämlich:		
Name:	Geschlecht:	Alter/ Geburtsdatum:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Jahre, geb. am:

Fragen zur Entwicklung des Kindes:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
Gab es Komplikationen während der Geburt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, welche?
Das Kind hatte bei der Geburt:	Gewicht: _____ Gramm Größe: _____ Zentimeter Kopfumfang: _____ Zentimeter	
Apgarwerte:	/ /	
In welchem Alter lernte Ihr Kind laufen?	_____ Jahre	
Wann wurde es sauber?	_____ Jahre	
Wann wurde es tagsüber trocken?	_____ Jahre	
Wann wurde es nachts trocken?	_____ Jahre	
War die Sprachentwicklung altersgemäß?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, warum?
Gab es wichtige Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Ja, allergische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ja, Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Weiß ich nicht	
Wurde das Kind augenärztlich und/oder beim Hals- Nasen- Ohren-Arzt untersucht? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Augenarzt: _____ HNO: _____	
Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen, wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?	
Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, warum?	
Besuchte das Kind einen Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Ja	
Wenn ja, wie hat es sich im Kindergarten verhalten?		
Wann wurde das Kind eingeschult?		
Welche Schule und Klasse besucht das Kind zurzeit?	Schule: Klasse:	
Hat Ihr Kind Klassen wiederholt oder übersprungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	
Was sind die Stärken Ihres Kindes?		

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind

_____ geb.: _____

In der Praxis Dr. med. Zachariah-Jooß zur Diagnostik und Therapie vorgestellt wird.

Ort, Datum

Unterschrift ALLER Sorgeberechtigter

Ohne Ihr ausdrückliches Einverständnis dürfen wir mit niemandem über Ihre Problematik reden, keine weiteren Informationen einholen und auch keine Auskunft geben. Falls wir mit anderen Personen Kontakt aufnehmen und auch den überweisenden Arzt/Hausarzt informieren sollen, müssen Sie uns von der Schweigepflicht entbinden

Schweigepflichtentbindung

Hiermit entbinden wir die Mitarbeiter der Praxis Dr. med. Zachariah-Jooß nach der Untersuchung des Kindes _____ von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Hausarzt/ der Hausärztin (bitte ggf. streichen)

bzw. andere Stellen:

zum gegenseitigen Informationsaustausch (bitte ggf. streichen)

Ort, Datum

Unterschrift ALLER Sorgeberechtigten