



### **Fragebogen zum Erstkontakt**

Name des Patienten/in: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### **Elternfragebogen zur Entwicklung des Patienten**

Dieser Fragebogen soll einen ersten Überblick über die bisherige Entwicklung Ihres Kindes und seiner Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Dies erleichtert uns die Diagnostik und Einschätzung für Beratung und Behandlung.

**Wichtig!** *Bitte lassen Sie uns diesen Fragebogen vor dem Erstkontakt rechtzeitig zukommen.*

Zum Erstgespräch bringen Sie bitte zusätzlich das Gelbe Vorsorgeheft und andere wichtige Dokumente wie z.B. Arztbefunde, Berichte von Therapeuten, Zeugnisse mit.

#### **Mutter**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

#### **Vater**

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

Ausbildung/Beruf: \_\_\_\_\_

#### **Sorgerecht**

Gemeinsam     Mutter     Vater     andere: \_\_\_\_\_

**Kinderarzt/Hausarzt:**

**Kontakt zum Jugendamt:**

**Leibliche Eltern**

verheiratet seit \_\_\_\_\_ getrennt/geschieden seit \_\_\_\_\_

verstorben? Wer? Wann? \_\_\_\_\_

Patient lebt bei:

Vater     Mutter     Lebenspartner     Lebenspartnerin     andere \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Stellung des Patienten/in in Aufenthaltsfamilie

Einzelkind                       Zwilling

ältestes Kind                       mittleres Kind                       jüngstes Kind

**Schwangerschaft**

Komplikationen oder Erkrankungen?

Einnahme von Medikamenten?

nein             ja: welche? \_\_\_\_\_

Alkohol/Nikotin?

nein             ja: Menge, Dauer? \_\_\_\_\_

**Geburt**

Geburt in \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche; wo? \_\_\_\_\_

normal/spontan                       komplikationslos

Kaiserschnitt                       Saugglocke

Komplikationen? \_\_\_\_\_

Geb.-Gewicht: \_\_\_\_\_ Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm    Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

APGAR:    /    /                      Nabelschnur pH: \_\_\_\_\_

Stillen:            von                      bis

Komplikationen bei Ernährung/Schlafen:

**Entwicklung**

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Laufen mit \_\_\_\_\_ Erste Worte mit \_\_\_\_\_

Sauber mit \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der Entwicklung:

nein, altersgemäße Entwicklung

ja, welche? \_\_\_\_\_

Fördermaßnahmen (z.B. Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung ):

\_\_\_\_\_

**Krippe/Kindergarten**

welche Einrichtung: \_\_\_\_\_ ab wann: \_\_\_\_\_

Verlauf/Probleme: \_\_\_\_\_

**Schule**

Einschulung: \_\_\_\_\_

Schullaufbahn:

- 
- 
- 

aktuelle Ausbildungssituation: \_\_\_\_\_

Nachmittagsbetreuung (z.B. Hort): \_\_\_\_\_

**Freizeit**

● Interessen: \_\_\_\_\_

● Medienkonsum: \_\_\_\_\_

● Sport/Verein: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen des Patienten/in**

● chronische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

● schwere Erkrankung/Krankenhausaufenthalt: \_\_\_\_\_

● Operationen/Unfälle: \_\_\_\_\_

● Allergien: \_\_\_\_\_

● Einnahme von Medikamenten:

nein

ja; welche und Dosis: \_\_\_\_\_

● Bisherige Behandlungen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie)

➤ Grund? \_\_\_\_\_

➤ Behandler? \_\_\_\_\_

➤ Zeitraum? \_\_\_\_\_

**Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister)**

---

**Aktueller Vorstellungsanlass:**

Wird der Patient/in aktuell in einer anderen Praxis/Beratungsstelle/Psychotherapeuten/In behandelt?

nein       ja; wo? \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Vorstellung meines Kindes in der Praxis Dr. Andreas Beck

---

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil

---

Ort, Datum

Unterschrift sorgeberechtigter Elternteil