

## Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel.: 06195 / 976 52 -100 Fax: 06195 / 976 52 -110

[sekretariat-ambulanz.kjp-kelkheim@vitos-rheingau.de](mailto:sekretariat-ambulanz.kjp-kelkheim@vitos-rheingau.de)

**Vitos Kinder- und Jugendambulanz**  
für psychische Gesundheit Kelkheim  
Frankfurter Straße 63  
65779 Kelkheim

*Sie können diesen Fragebogen in einem  
Fensterbriefumschlag verschicken.  
Bitte ausreichend frankieren!*

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Mobil/Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ ggf. Herkunftsland: \_\_\_\_\_

überweisender Kinder- / Hausarzt: \_\_\_\_\_

Adresse Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  gesetzlich  privat Name der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

versichert durch: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wurde das Kind schon einmal in unserer Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

nein wenn ja →  ambulant  stationär



Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Vater  Mutter  andere Person: welche? \_\_\_\_\_

Für eine erfolgreiche Beratung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!

Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie bitte Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne beim Ambulanztermin zur Verfügung. **Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten, in jedem Fall muss ein Elternteil das Kind zum Termin begleiten.** Hier können Sie und die Kinder bzw. Jugendlichen Ihr Anliegen schildern und gemeinsam mit den TherapeutInnen nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:        |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 1 von 14 |

Zunächst würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.

## I. Gründe der Vorstellung

1. **Was** sind die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? *(Bitte in Stichworten beschreiben)*  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
2. **Wann** ist dieses Verhalten / sind diese körperlichen Beschwerden Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?  
 ganz allmählich, etwa mit \_\_\_\_\_ Jahren beginnend  
 plötzlich im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
  
3. **Gab** es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?  
 nein       ja → welche? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
4. **Zeigt** sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn das Kind sich an bestimmten Orten aufhält, zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und / oder in Anwesenheit bestimmter Personen?  
 nein  
 häufiger bzw. stärker, wenn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 seltener bzw. schwächer, wenn: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  
5. **Für** wen ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?  
 \_\_\_\_\_
  
6. **Wie** haben Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?  
 \_\_\_\_\_
  
7. **Wie** haben für das Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?  
 \_\_\_\_\_
  
8. **Wer** hat uns empfohlen? Mit welchen Erwartungen?  
 \_\_\_\_\_
  
9. **Welche** anderen Stellen haben Sie wegen des beschriebenen Verhaltens bereits aufgesucht?  
*Bitte bringen Sie entsprechende Unterlagen in Kopie mit!*

|   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologie        | <input type="checkbox"/> Ergotherapie        | <input type="checkbox"/> Frühförderung                 |
| <input type="checkbox"/> Logopädie          | <input type="checkbox"/> Physiotherapie      | <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiatrie |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung | <input type="checkbox"/> Sozial-Päd. Zentrum | <input type="checkbox"/> Jugendamt                     |

| Anschrift: | Von – Bis: | Aus welchem Anlass: |
|------------|------------|---------------------|
|            |            |                     |
|            |            |                     |
|            |            |                     |

|                           |                |            |      |                |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:        |
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 2 von 14 |

10. Welche Untersuchungen/Behandlungen haben bereits stattgefunden?

---

11. Welche Maßnahmen (z. B. Fördermaßnahmen) wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? Mit welchem Erfolg?

---

12. Was gefällt Ihnen an dem Kind besonders?

---

13. Was soll sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

---

*Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie nun, die folgenden Fragen zu beantworten.*

## II. Familiäre Situation

14. Name des Vaters / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulbildung / Ausbildung: \_\_\_\_\_

derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

15. Name der Mutter / Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulbildung / Ausbildung: \_\_\_\_\_

derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

16. Familiäre Situation:

Mutter und Vater in Partnerschaft seit: \_\_\_\_\_

Mutter / Vater verstorben seit: \_\_\_\_\_

Mutter / Vater krank, behindert: \_\_\_\_\_

getrennt / geschieden seit: \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei: \_\_\_\_\_

in neuer Partnerschaft, wer, seit?: \_\_\_\_\_

nichteheliches Kind: \_\_\_\_\_

Kind wurde adoptiert im Alter von: \_\_\_\_\_

Pflegekind, seit: \_\_\_\_\_

Kind lebte im Heim von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_



16a. Großeltern

Mutter des Vaters, Alter: \_\_\_\_\_ Kontakt:  ja  nein

Vater des Vaters, Alter: \_\_\_\_\_ Kontakt:  ja  nein

Mutter der Mutter, Alter: \_\_\_\_\_ Kontakt:  ja  nein

Vater der Mutter, Alter: \_\_\_\_\_ Kontakt:  ja  nein

| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:        |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 3 von 14 |

17. **Von** wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

von der Mutter  vom Vater  von den Großeltern

von: \_\_\_\_\_

18. **Welche** weiteren Personen leben zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt oder üben einen Einfluss auf die Erziehung des Kindes aus?

\_\_\_\_\_

19. **Bei** Scheidung oder Trennung der Eltern:

a) bei wem lebt das Kind?

bei der Mutter  beim Vater  lebt nicht bei den Eltern, sondern bei: \_\_\_\_\_

b) wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht  etwa alle \_\_\_\_\_ Wochen bzw. \_\_\_\_\_ mal jährlich

20. **Wer** betreut das Kind, wenn es vom Kindergarten / Schule nach Hause kommt?

\_\_\_\_\_

21. **Sind** sich die Eltern hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

ja  häufig uneinig  entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

22. **Hat** das Kind zu Hause regelmäßige Pflichten/Aufgaben?

nein  ja → welche? \_\_\_\_\_

23. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Schule / Ausbildung \_\_\_\_\_



24. **Wohnverhältnisse:**

ausreichend: \_\_\_\_\_

ungünstige, beengte Verhältnisse: \_\_\_\_\_

Kind teilt sich Zimmer mit: \_\_\_\_\_

häufiger Wohnungswechsel: \_\_\_\_\_

25. **Finanzielle** Situation:  zufriedenstellend  ausreichend  belastend

26. **Wurde** irgendjemand aus der Familie des Kindes jemals wegen Ängsten, Depressionen, Ess-, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hatte jemand solche Probleme, suchte aber keine Hilfe auf?

nein  ja → wer? (Bitte näher beschreiben) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:        |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 4 von 14 |

27. **Belastungsfaktoren:** Gibt es aktuelle oder vergangene belastende Ereignisse, die Ihre Familie betreffen? (zum Beispiel Krankheiten, Unfälle oder Behinderungen von Angehörigen, Todesfälle etc.)  
 nein       ja → wer? (Bitte näher beschreiben) \_\_\_\_\_

### III. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

28. **Wie** verlief die Schwangerschaft?

- ohne Komplikationen  
 Komplikationen  
 (wie Schwangerschaftsvergiftung, Erkrankungen der Mutter, Konsum von Nikotin, Alkohol / Drogen etc.)

- Belastungen  
 (wie Erkrankungen im Umfeld, finanzielle Sorgen, Trennungskonflikte, etc.) \_\_\_\_\_

29. **Wie** verlief die Geburt?

- ohne Komplikationen     Frühgeburt

Geburtsgröße: \_\_\_\_\_ Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_

SS-Woche: \_\_\_\_\_ APGAR Werte: \_\_ / \_\_ / \_\_      pH-Wert: \_\_\_\_\_

30. **Alter** der Mutter bei der Geburt des Kindes: \_\_\_\_\_ **Alter** des Vaters bei der Geburt des Kindes: \_\_\_\_\_

Komplikationen: (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, blau im Gesicht, usw.):

31. **Gab** es nachgeburtliche Komplikationen?

- nein       ja → welche? \_\_\_\_\_

32. **Wurde** das Kind gestillt?

- nein       ja → wie lange? \_\_\_\_\_

33. **Entwicklung** im 1. Lebensjahr (pflegeleicht, Schreibaby, Speikind, Gedeihstörungen, Schlafstörungen):

34. **Ist** das Kind gekrabbelt?     ja       nein

35. **Mit** wie viel Monaten lernte das Kind laufen? \_\_\_\_\_ Monate

36. **Erfolgte** eine krankengymnastische / ergotherapeutische Behandlung / Frühförderung?

- nein       ja → was und wann? \_\_\_\_\_

|                            |                       |               |             |                |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>Name des Dokuments:</b> | <b>Kennzeichnung:</b> | <b>Datum:</b> | <b>Rev:</b> | <b>Seiten:</b> |
| Elternfragebogen Kelkheim  | A 20010b              | 23.02.2021    | 04          | Seite 5 von 14 |

37. **Wann** lernte das Kind sprechen?

Erste Worte: \_\_\_\_\_ 2-3-Wort-Sätze: \_\_\_\_\_ Ganze Sätze: \_\_\_\_\_

37a Macht ihr Kind Fehler in der Aussprache und / oder in der Grammatik?  nein  ja

37b Können Sie mit Ihrem Kind ein wechselseitiges Gespräch führen?  nein  ja

37c Erfolgte eine Sprachtherapie?  nein  ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_

38. **Besteht** eine Sehschwäche?

nein  ja, trägt eine Brille seit: \_\_\_\_\_ wegen: \_\_\_\_\_

39. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung?  nein  ja → wann? \_\_\_\_\_

Besteht ein Hörschaden?  nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

40. **Gab** es eine Trotzphase?  nein  ja, im Alter von: \_\_\_\_\_



41. **Wann** war das Kind sauber? \_\_\_\_\_

Wann war es tagsüber trocken? \_\_\_\_\_

Wann war es nachtsüber trocken? \_\_\_\_\_



42. **Beginn** der Pubertät?

befindet sich noch nicht in der Pubertät  im Alter von: \_\_\_\_\_  erste Monatsblutung im Alter von: \_\_\_\_\_

43. **Leidet** das Kind an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen angeborenen Erkrankungen?

nein  ja → seit wann, welche? \_\_\_\_\_

44. **Nimmt** das Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja → welche? \_\_\_\_\_

45. **War** das Kind schon einmal im Krankenhaus?

nein  ja → im Alter von? Krankheit? Operation? \_\_\_\_\_

46. **Hat** das Kind schon einmal einen Unfall erlitten?

nein  ja → wann? Art des Unfalls? \_\_\_\_\_

47. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt? \_\_\_\_\_

48. **Gab** es Impfwischenfälle? \_\_\_\_\_

49. **Hat** Ihr Kind Unverträglichkeiten, Allergien gegen Medikamente oder Substanzen?

nein  ja → wenn ja, welche?  Penicillin  Gluten  Laktose  Andere

### IV. Kindergarten – Schule

**50. Kindergartenbesuch:**

im Alter von: \_\_\_\_\_  besuchte keinen Kindergarten, weil: \_\_\_\_\_

**51. Wie ist / war das Verhalten im Kindergarten?**

ohne Probleme  konnte sich nicht von Mutter/Vater trennen  
 es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: \_\_\_\_\_

**52. Besuchte das Kind den Kindergarten bis zum Schulbesuch?**  ja  nein

*Nur falls noch Kindergartenkind:*

**53. Das Kind besucht zurzeit folgenden Kindergarten**

Regelkindergarten  Heilpädagogischer Kindergarten  Sprachheil-Kinderg.  Waldkindergarten etc...

Name und Anschrift des Kindergartens: \_\_\_\_\_

*Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie die Fragen 54 bis 63 überspringen.*

**54. Das Kind besucht zurzeit folgende Schule / folgenden Schultyp:**

Vorschule  Grundschule  Hauptschule  Realschule  Gymnasium  Gesamtschule  
 Förderschule Aktuelle Klassenstufe: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Schule: \_\_\_\_\_

**55. Schulzeit:**

eingeschult im Alter von: \_\_\_\_\_ Jahren vorzeitig / verspätet weil: \_\_\_\_\_

von ..... bis ..... Schulart: ..... Ort: .....

von ..... bis ..... Schulart: ..... Ort: .....

von ..... bis ..... Schulart: ..... Ort: .....

Wurde eine Klasse wiederholt?  ja  nein

Wenn ja, welche und warum: .....

Zeitweise kein Schulbesuch: von ..... bis .....

Aufgrund? .....

**56. Geht das Kind gerne zur Schule?**

- ja
- geht regelmäßig
- erscheint unterfordert  überfordert
- hat keine Lust
- verspätet sich oft
- hat regelmäßig Angst vor der Schule
- schwänzt die Schule
- fehlt oft wegen \_\_\_\_\_



|                            |                       |               |             |                |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|
| <b>Name des Dokuments:</b> | <b>Kennzeichnung:</b> | <b>Datum:</b> | <b>Rev:</b> | <b>Seiten:</b> |
| Elternfragebogen Kelkheim  | A 20010b              | 23.02.2021    | 04          | Seite 7 von 14 |

57. Welche besonderen schulischen Interessen hat das Kind?

\_\_\_\_\_

58. Welche Fächer fallen dem Kind schwerer?

\_\_\_\_\_

59. Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

nein  ja, wegen: \_\_\_\_\_

60. Was beanstanden die Lehrer besonders an den Leistungen und / oder dem Verhalten des Kindes?

Bitte in Stichworten beschreiben: \_\_\_\_\_

Was loben sie, wo fällt es positiv auf? \_\_\_\_\_

61. Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch das Kind?

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 bis 6: \_\_\_\_\_

- muss meistens dazu besonders aufgefordert werden
- trödelt, unkonzentriert
- arbeitet nachlässig
- dem Kind muss ständig geholfen werden
- verschweigt oft, dass es Hausaufgaben aufhat
- weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen



62. Dauer der Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

63. Wer betreut das Kind dabei? \_\_\_\_\_

## V. Freizeit – Freunde – Fähigkeiten

64. Ist das Kind in einer Kinder-, Jugendgruppe oder in einem Verein?

nein  ja, in: \_\_\_\_\_

65. Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

- spielt mit vielen Kindern
- hat 1-2 gute Freunde
- hat keine Freunde
- spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
- hat Schwierigkeiten, weil \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

|                           |                |            |      |                |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:        |
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 8 von 14 |



66. Welche besonderen Neigungen, Hobbys hat das Kind?

\_\_\_\_\_

67. Worin sehen Sie seine besonderen Fähigkeiten?

\_\_\_\_\_



68. Womit beschäftigt sich Ihr Kind in seiner freien Zeit? Mein Kind:

- trifft sich mit Freunden
- beschäftigt sich mit \_\_\_\_\_
- sieht Fernsehen: Wie viele Stunden? \_\_\_\_\_
- spielt Computer / Videospiele: Wie viele Std.? \_\_\_\_\_
- beschäftigt sich mit Handy / Smartphone: Wie viele Std.? \_\_\_\_\_
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich



*Es folgen nun Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, in denen Kinder und Jugendliche unserer Erfahrung nach eventuell Schwierigkeiten oder Probleme haben können. Bitte beantworten Sie auch diese Fragen, damit wir uns ein umfassendes Bild machen können.*

## VI. Weitere Problembereiche

69. Ist das Kind oft sehr unruhig und / oder fällt es ihm schwer, aufmerksam zu sein?

nein insbesondere bei (beschreiben Sie ggf. die Tätigkeit / das Spiel) \_\_\_\_\_

ja seit wann? In welchen Situationen (zu Hause, in der Schule, Freizeit)? \_\_\_\_\_

70. Kommt es bei dem Kind sehr häufig vor, dass es trotzig ist und Erwachsene oder Kinder ärgert?

- nein  ja → In welchen Situationen und wem gegenüber?
  - nur zu Hause gegenüber Mutter / Vater / Geschwistern
  - nur in der Schule, Mitschülern / Lehrern gegenüber
  - im Freizeitbereich
  - überall



71. Kommt es vor, dass das Kind tagsüber oder nachts einnässt?

- nein  ja →  war schon einmal länger als 6 Wochen hintereinander trocken
- nässt tags ein, seit: \_\_\_\_\_ ca.: \_\_\_\_\_ mal pro Woche
- nässt nachts ein, seit: \_\_\_\_\_ ca.: \_\_\_\_\_ mal pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt? \_\_\_\_\_

nahm / nimmt welche Medikamente ein? \_\_\_\_\_

|                           |                |            |      |                |
|---------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:        |
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 9 von 14 |

72. **Kommt** es vor, dass das Kind tagsüber oder nachts einkotet?

- nein       ja →  kotet tags ein, seit: \_\_\_\_\_ ca.: \_\_\_\_\_ mal pro Woche  
 kotet nachts ein, seit: \_\_\_\_\_ ca.: \_\_\_\_\_ mal pro Woche  
 Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

73. **Ist** das Kind sehr aggressiv oder ungehorsam anderen Personen gegenüber? Wir meinen damit z.B., dass es stiehlt, häufig wegläuft, in Schlägereien verwickelt ist, mit Gegenständen andere bedroht, fremdes Eigentum absichtlich beschädigt, zündelt, Tiere quält, einbricht, die Schule schwänzt, Kontakt mit der Polizei hat, sexuelle Übergriffe usw...

- nein       ja → *Bitte in Stichworten beschreiben:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

74. **Trinkt** das Kind Alkohol?

- nein       ja → Was, wie viel und wie häufig pro Woche? \_\_\_\_\_

75. **Raucht** das Kind?

- nein       ja → Wie häufig und wie viel pro Tag? \_\_\_\_\_

76. **Nimmt** das Kind irgendetwas (Medikamente, Drogen), um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?

- nein       ja → Was und wie viel pro Woche? \_\_\_\_\_

77. **Gab** es schon einmal eine Zeit, in der das Kind über längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war?

- nein       ja → seit wann, wie lange? \_\_\_\_\_

- traurig, bedrückt
- ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem
- interesselos an den meisten Dingen
- unangemessen fröhlich
- schläft sehr viel / sehr wenig
- kann sich schlecht konzentrieren
- fühlt sich schuldig
- fühlt sich wertlos



*Bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

78. **Spricht** das Kind öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will, oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbstmordversuch begangen?

- nein       ja → seit wann, wie oft? *Bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

|                            |                       |               |             |                 |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------------|
| <b>Name des Dokuments:</b> | <b>Kennzeichnung:</b> | <b>Datum:</b> | <b>Rev:</b> | <b>Seiten:</b>  |
| Elternfragebogen Kelkheim  | A 20010b              | 23.02.2021    | 04          | Seite 10 von 14 |

79. **Hat** das Kind große Angst oder Befürchtungen und / oder reagiert es bisweilen panisch?

nein  ja → seit wann, wie lange? \_\_\_\_\_

körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen: \_\_\_\_\_

Angst sich zu trennen: von wem? \_\_\_\_\_

Angst, dass jemand etwas zustößt: wem? \_\_\_\_\_

Angst vor bestimmten Dingen: \_\_\_\_\_

Angst vor bestimmten Orten, z.B. Geschäften, Fahrstühlen, Menschenmengen: \_\_\_\_\_

Befürchtungen, dass es einen Angstanfall bekommen könnte

sehr ängstlich, aufgeregt, nervös, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist

*Bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



80. **Fallen** Ihnen im Verhalten des Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf, oder besteht es auf bestimmten Abläufen oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?

nein  ja → seit wann, wie lange? *Bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_

Das Kind:

wäscht sich immer wieder die Hände

kontrolliert immer wieder: \_\_\_\_\_

wiederholt immer wieder: \_\_\_\_\_

berichtet von immer wiederkehrenden Gedanken, Vorstellungen: \_\_\_\_\_

macht sich mehr Sorgen als eigentlich nötig wären:

Worüber? Um wen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



81. **Haben** Sie den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemandem so etwas geschehen ist?

nein  ja → wann, was? *Bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

82. **Hat** es schon einmal eine Zeit gegeben, in der das Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z.B. Hören oder Sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten?

nein  ja → wann, was? *Bitte beschreiben:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

83. Geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ Kg

84. Sind Sie mit dem Gewicht zufrieden?

- ja
- wiegt zu wenig
- hat stark abgenommen: \_\_\_\_\_ Kg innerhalb von: \_\_\_\_\_
- wiegt zu viel
- hat stark zugenommen: \_\_\_\_\_ Kg innerhalb von: \_\_\_\_\_

85. Machen Sie sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes?

nein  ja → seit wann?: \_\_\_\_\_

Das Kind:

- isst zu viel
- isst zu wenig
- nimmt Abführ- oder Diätmittel ein
- erbricht nach der Mahlzeit
- hat Essanfälle oder Heißhungerattacken



86. Wie lange schläft ihr Kind in der Regel?

Dauer des Nachtschlafs: \_\_\_\_\_

- Einschlafprobleme
- Durchschlafprobleme
- Alpträume
- Häufiges nächtliches Aufschrecken



87. Klagt das Kind häufiger über körperliche Beschwerden?

nein  ja → seit wann, wie oft, in welchen Situationen? \_\_\_\_\_

Das Kind hat:

- Kopfschmerzen: Häufigkeit? \_\_\_\_\_
- Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen: Häufigkeit? \_\_\_\_\_
- Tics (Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.) Häufigkeit? \_\_\_\_\_
- erbricht nach der Mahlzeit
- sonstige Beschwerden: \_\_\_\_\_

88. Hier ist Raum für alle Dinge, die für Sie noch wichtig sind, die wir aber vielleicht nicht erfragt haben.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## VII. Einverständniserklärung

Alleiniges Sorgerecht  Gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

in der Vitos kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz Kelkheim, Frankfurter Straße 63, 65779 Kelkheim, bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten **Mutter**: \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten **Vaters**: \_\_\_\_\_

**Bitte beachten Sie, dass wir in jedem Fall die Unterschrift von beiden sorgeberechtigten Eltern benötigen!**

Adresse(n) der Sorgeberechtigten (bei getrenntlebenden Elternteilen beide Adressen):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Kelkheim, Frankfurter Straße 63, 65779 Kelkheim bin ich einverstanden.

Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Zur Sicherung einer guten Versorgung Ihres Kindes schicken wir in der Regel einen Bericht an den überweisenden Haus- oder Kinderarzt.

Bitte entbinden Sie uns hierzu von unserer Schweigepflicht:

### **SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG**

Als Erziehungsberechtigte(r) / Personensorgeberechtigte(r) des Kindes:

\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/Innen der Institutsambulanz der Klinik Rheinhöhe in Kelkheim von der Schweigepflicht gegenüber der /dem zuständigen Kinder- / Hausarzt.

\_\_\_\_\_  
(Datum, Ort) (Unterschrift Erziehungsberechtigter/Personensorgeberechtigter)

| Name des Dokuments:       | Kennzeichnung: | Datum:     | Rev: | Seiten:         |
|---------------------------|----------------|------------|------|-----------------|
| Elternfragebogen Kelkheim | A 20010b       | 23.02.2021 | 04   | Seite 13 von 14 |

Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH

**Einwilligungserklärung zur Datenübermittlung**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

1. Ich willige darin ein, dass die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH die Übermittlung meiner Behandlungs- und Betreuungsdaten anfordert, soweit sie für die anstehende Behandlung/ Betreuung erforderlich sind

- von meinem Hausarzt und meinen behandelnden Fachärzten (auch Notärzte)

ja  nein

- von vorbehandelnden Kliniken, Einrichtungen

\_\_\_\_\_  
(Name d. Klinik/ Einrichtung)

ja  nein

- aus vorhergehenden ambulanten und stationären Behandlungen/Betreuung innerhalb der Vitos Gesellschaften

ja  nein

2. Die Vitos Rheingau gemeinnützige GmbH wird während und nach Abschluss der Betreuung ermächtigt, meine Behandlungsdaten und Befunde an den Hausarzt / weiterbehandelnden Facharzt oder die weiter betreuende Einrichtung zu übermitteln.

ja  nein

Name / Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Ich kann dieser Einwilligung in die Datenübermittlung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.** Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (für Rückfragen steht Ihnen der/die Datenschutzbeauftragte unter [datenschutz@vitos-hochtaunus.de](mailto:datenschutz@vitos-hochtaunus.de), Tel. 06175 / 791-0 zur Verfügung).

|            |  |
|------------|--|
| Ort, Datum | Unterschrift Patient oder des gesetzlichen Vertreters<br>(entsprechende Vollmacht liegt vor) |
|------------|--|

Vitos Rheingau  
gemeinnützige GmbH  
Kloster-Eberbach-Str. 4  
65346 Eltville

Tel. 06123 / 602 - 0  
Fax 06123 / 602 - 297  
[info@vitos-rheingau.de](mailto:info@vitos-rheingau.de)  
[www.vitos-rheingau.de](http://www.vitos-rheingau.de)

Geschäftsführer: Servet Dag  
Sitz: Eltville  
Registergericht: Wiesbaden  
Gesellschafter: Vitos GmbH, LWV Hessen

Bank für Sozialwirtschaft  
BIC BFSWDE33MNZ  
HRB 23287IBAN DE61 5502 0500 0008 6509 00  
Ust-ID DE255595664  
Steuer-Nr. 02622699078

|                            |                       |               |             |                 |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------------|
| <b>Name des Dokuments:</b> | <b>Kennzeichnung:</b> | <b>Datum:</b> | <b>Rev:</b> | <b>Seiten:</b>  |
| Elternfragebogen Kelkheim  | A 20010b              | 23.02.2021    | 04          | Seite 14 von 14 |

**Konzerndatenschutz**  
**Datenschutzinformation nach Art. 13, 14 DSGVO und ePA-Information**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Datenschutz hat einen besonders hohen Stellenwert für Vitos, deshalb ist uns der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten sehr wichtig. Für Ihre Behandlung bzw. Versorgung ist es erforderlich, dass wir Daten zu Ihrer Person und die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten verarbeiten. Nach EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchen Zwecken wir Ihre Daten verarbeiten und an wen wir sie übermitteln. Dabei hängt es von Ihrer Behandlung ab, wie wir Ihre Daten nutzen. Darüber hinaus möchten wir Sie über Ihre Datenschutzrechte sowie über die Nutzung der elektronischen Patientenakte und Ihre Rechte bei Vitos informieren.

Sie haben bei Vitos folgende Möglichkeiten, diese Informationen jederzeit, auch vor der Erhebung der personenbezogenen Daten und während der Behandlung zur Kenntnis zu nehmen:

- Als Aushang in der jeweiligen Einrichtung vor Ort
- Als Auslage bei der Aufnahme
- Selbstverständlich erhalten Sie auch einen Ausdruck der Informationen auf Nachfrage und Ihren Wunsch beim Klinikpersonal, insbesondere bei der Aufnahme; sprechen Sie uns hierzu gerne an.
- Auf Nachfrage erläutern wir Ihnen diese gerne auch mündlich.
- Auf Nachfrage stehen Ihnen auch Übersetzer zur Verfügung.
- Als elektronische Einsicht über unsere Vitos Webseite unter folgendem Link:
- Datenschutzinformationen für Patientinnen und Patienten

<https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/datenschutzinformationen-fuer-patientinnen-und-patienten>

Datenschutzinformationen zur elektronischen Patientenakte (ePA)

<https://www.vitos.de/legal-information/datenschutz/informationen-zur-elektronischen-patientenakte-epa>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Information zum Datenschutz sowie Information zur elektronischen Patientenakte zur Kenntnis nehmen konnten.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Unterschrift lediglich unserer Dokumentation dient. Für die Durchführung ihrer Behandlung ist diese Unterschrift keine Voraussetzung. Auch stellt diese Unterschrift weder eine Einwilligung noch eine Bestätigung in die Inhalte dar.

Selbstverständlich können Sie die Informationen auch in Ruhe zu Hause lesen und bei Fragen gerne jederzeit auf uns zukommen.

Bei weiteren Fragen zur Datenverarbeitung und Ihre Rechte sowie zur elektronischen Patientenakte steht Ihnen das Klinikpersonal oder der zuständige Datenschutzbeauftragte gerne zur Verfügung.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Information zum Datenschutz sowie zur elektronischen Patientenakte zur Kenntnis nehmen konnte.**

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/Patientin

Hinweis: Eine Mehrfertigung erhält der Patient/die Patientin auf Wunsch für seine Unterlagen. Original mit Unterschrift wird in der Behandlungsakte zur Dokumentation abgelegt.