

Elternfragebogen für die Vorstellung von Kindern und Jugendlichen

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an: Tel. 06126 99 59 -900 Fax: 06126 99 59 -909

Sekretariat-Ambulanz.KJP-Idstein@vitos-rheingau.de

**Vitos Kinder- und Jugendambulanz für
psychische Gesundheit Idstein
Robert-Koch-Str. 2
65510 Idstein**

*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.** Hier können Sie und die Kinder bzw. Jugendlichen das Anliegen schildern und gemeinsam mit den TherapeutInnen nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zur Erstuntersuchung mit:

 Krankenversichertenkarte Überweisungsschein Vorbefunde / Berichte Zeugnisse U-Heft**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

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

I. Gründe der Vorstellung

1. **Was sind** die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden liegen vor?

Angabe der Bezugspersonen (Bitte in Stichworten beschreiben)

Angabe des Patienten, wenn möglich (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?

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|
| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 2 von 16 |

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?**

- | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie | <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"/> Beratungsstellen | <input type="checkbox"/> Sozial-Päd. Zentrum | <input type="checkbox"/> Jugendamt |

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

Bitte bringen Sie entsprechende Unterlagen in Kopie mit.

10. **Welche Untersuchungen/Behandlungen** haben bereits stattgefunden? (Bitte Unterlagen **in Kopie** mitbringen)

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?

II. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

14. **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.) _____

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|
| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 3 von 16 |

15. **Wie verlief** die Geburt?

ohne Komplikationen Frühgeburt Geburtsgröße: _____ Geburtsgewicht: _____ Kopfumfang: _____

SS-Woche: _____ APGAR Werte: __ / __ / __ pH-Wert: _____

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

16. **Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:** _____ Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes: _____

17. **Gab es** nachgeburtliche Komplikationen?

nein ja → welche? _____

18. **Wurde** das Kind gestillt?

nein ja → wie lange? _____

19. **Entwicklung** im 1. Lebensjahr (z.B. pflegeleicht, vermehrtes Schreien, Gedeihstörungen, Schlafstörungen)

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

21. **Mit wie viel Monaten** lernte das Kind laufen? _____ Monate

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

nein ja → was und wann? _____

23. **Wann lernte** das Kind sprechen? _____ Monate

Erste Worte: _____ 2-3-Wort-Sätze: _____ Ganze Sätze: _____

23a **Macht** ihr Kind Fehler in der Aussprache und / oder in der Grammatik? nein ja

23b **Können** Sie mit Ihrem Kind ein wechselseitiges Gespräch führen? nein ja

23c **Erfolgte** eine Sprachtherapie?

nein ja, von: _____ bis: _____ wegen: _____

24. **Besteht** eine Sehschwäche?

nein ja, trägt Brille seit: _____ wegen: _____

25. **Erfolgte** eine Hörüberprüfung? nein ja → wann? _____

Besteht ein Hörschaden? nein ja, und zwar: _____

26. **Gab es** eine Trotzphase? nein ja, im Alter von: _____

27. **Wann war** das Kind sauber? _____

Wann war es tagsüber trocken? _____ Wann war es nachtsüber trocken? _____



| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 4 von 16 |

28. **Beginn** der Pubertät?

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

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

nein ja → seit wann, welche? _____

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

nein ja → welche? _____

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

nein ja → Alter von? Krankheit? Operation? _____

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

nein ja → wann? Art des Unfalls? _____

33. **Welche** Kinderkrankheiten hat das Kind gehabt? _____

34. Gab es **Impfzwischenfälle**? _____

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

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

III. Kindergarten - Schule

36. Krippenbesuch / Tagespflege: im Alter von _____

37. Wie ist / war das Verhalten in der Krippe / Tagespflege

ohne Probleme konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

38. **Kindergartenbesuch:**

im Alter von: _____ besuchte keinen Kindergarten, weil: _____

39. wurde halbtags besucht der Kindergarten wurde ganztags besucht

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

ohne Probleme konnte sich nicht von der Mutter trennen

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil: _____

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

Nur falls noch Kindergartenkind:

| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 5 von 16 |

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

- Regelkindergarten Heilpädagogischer Kiga Sprachheil Kiga Waldkindergarten etc...

Name und Anschrift des Kindergartens: _____

Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie die Fragen 40 bis 49 überspringen.

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

- Vorschule Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium Gesamtschule
 Förderschule aktuelle Klassenstufe: _____ Nachmittagsbetreuung : ja nein:

Name und Anschrift der Schule: _____

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.

44. **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?.....

45. **Geht das Kind** gern zur Schule?

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



46. **Welche besonderen** schulischen Interessen hat das Kind?

47. **Welche Fächer** fallen dem Kind schwerer?

| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 6 von 16 |

48. **Ist die Versetzung** in die nächste Klasse gefährdet?

nein ja, wegen: _____

49. **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? _____

Bitte in Stichworten beschreiben: _____

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

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend: _____

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



51. **Dauer** der Hausaufgaben? _____

52. **Wer betreut** das Kind dabei? _____

IV. Freizeit - Freunde - Fähigkeiten

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

nein ja, in: _____

54. **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 _____



55. **Welche besonderen** Neigungen, Hobbys hat das Kind?



| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|----------------|
| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 7 von 16 |

56. **Worin sehen Sie** seine besonderen Fähigkeiten?

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

- trifft sich mit Freunden
- beschäftigt sich mit _____
- Medienkonsum Dauer (z.B. Fernsehen, PC, Smartphone): Wie viele Std? _____
- Wofür werden elektronische Medien eingesetzt (z.B. Social Media, Spiele, Lernen) _____
- ist viel mit Erwachsenen zusammen
- langweilt sich



V. Weitere Problembereiche

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.

58. **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)? _____

59. **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



60. **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 Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 8 von 16 |

61. **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? _____

62. **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:* _____

63. **Trinkt** das Kind Alkohol?

nein ja → Was, wie viel und wie häufig pro Woche? _____

64. **Raucht** das Kind?

nein ja → Wie häufig und wie viel pro Tag? _____

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

nein ja → Was und wie viel pro Woche? _____

66. **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: _____



67. **Spricht das Kind** öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will; oder hat es sich schon einmal

| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 9 von 16 |

bewusst verletzt oder einen Selbstmordversuch begangen?

nein ja → seit wann, wie oft? Bitte beschreiben:

68. **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: _____

69. **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? _____



70. **Haben Sie** den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------------|
| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 10 von 16 |

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:

71. **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:

72. **Wenn möglich**, geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an: ___ cm ___ kg

73. **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: _____

74. **Machen Sie** sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes?

nein ja → seit wann?: _____

Das Kind:

isst zu viel

nimmt Abführ- oder Diätmittel ein

isst zu wenig

erbricht nach der Mahlzeit

hat Essanfälle oder Heißhungerattacken

75. **Wie lange** schläft ihr Kind in der Regel?

Dauer des Nachtschlafs: _____

Einschlafprobleme

Durchschlafprobleme

Häufiges nächtliches Aufschrecken

Alpträume



76. **Klagt das Kind** häufiger über körperliche Beschwerden?

| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|-----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 11 von 16 |

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

Das Kind hat:

Kopfschmerzen: Häufigkeit? _____

Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen: Häufigkeit? _____

Tics (Blinzeln, Kopfwerten, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.)
Häufigkeit? _____

erbricht nach der Mahlzeit

sonstige Beschwerden: _____

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

VI. Familiäre Situation

78. **Name des Vaters** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

79. **Name der Mutter** / Geburtsdatum: _____

Schulbildung / Ausbildung: _____

derzeitige Tätigkeit: _____

80. **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? _____

Kind wurde adoptiert im Alter von: _____



| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|-----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 12 von 16 |

Pflegekind, seit: _____

Kind lebte im Heim von: _____ bis: _____

79a. 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

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

von der Mutter vom Vater von den Großeltern

von: _____

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

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

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

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

ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

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

nein ja → welche? _____

86. **Geschwister:**

Name / Geburtsdatum

Schule / Ausbildung



87. **Wohnverhältnisse:**

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------------|
| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 13 von 16 |

ausreichend: _____

ungünstige, beengte Verhältnisse: _____

Kind teilt sich Zimmer mit: _____

häufiger Wohnungswechsel: _____

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

89. **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*) _____

90. **Belastungsfaktoren:** Gibt es aktuelle oder vergangene belastende Ereignisse, die Ihre Familie betreffen? (zum Beispiel Krankheiten, Unfälle oder Behinderungen von Angehörigen, Todesfälle...)

91. nein ja → wer? (*Bitte näher beschreiben*) _____

| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|-----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 14 von 16 |

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

alleiniges Sorgerecht

gemeinsames Sorgerecht

Mit der Vorstellung meines Kindes _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Idstein, Robert-Koch-Str. 2, 65510 Idstein, 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)*

Name, Adresse und Telefonnummer beider Sorgeberechtigten:

| | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung von _____

in der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Idstein, Robert-Koch-Str. 2, 65510 Idstein, 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 des Kindes :

entbinde ich hiermit die Mitarbeiter/Innen der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit Idstein von der Schweigepflicht gegenüber der /dem zuständigen Kinder / Hausarzt.

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____

| | | | | |
|----------------------------|-----------------------|---------------|-------------|-----------------|
| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 15 von 16 |

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, Tel. 06175 / 791-0 zur Verfügung).

Ort, Datum

Unterschrift Patient oder des gesetzlichen Vertreters
(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
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. 0262269907

| Name des Dokuments: | Kennzeichnung: | Datum: | Rev: | Seiten: |
|--------------------------|----------------|------------|------|-----------------|
| Elternfragebogen Idstein | A 20010c | 23.02.2021 | 04 | Seite 16 von 16 |