

PRAXIS DR. GUDRUN ROGLER-FRANKEN

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie; Volkartstraße 5, 80634 München,
Tel.: (089) 1678919 ~ Fax:(089) 16783460 ~ Homepage : www.praxis-dr-rogler.de

Liebe Eltern,

Sie möchten Ihr Kind in unserer Praxis untersuchen lassen. Um uns die Untersuchung zu erleichtern bitten wir Sie, den Fragebogen auszufüllen und uns vor dem vereinbarten Untersuchungstermin zusammen mit Kopien aller Zeugnisse Ihres Kindes und Kopien von für uns relevanten Vorbefunden per Post oder Fax zukommen zu lassen. Bitte bringen Sie auch das gelbe Vorsorgeheft zum Ersttermin mit. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Name des Kindes: _____ geboren am: _____ Datum: _____

Ihre Anschrift:

–

☎(Festnetz, mobil, geschäftlich): _____

Fragebogen ausgefüllt von: Mutter Vater sonst: _____

1. Allgemeines

Wer hat das Sorgerecht?

beide Eltern Mutter Vater

sonst _____

Bei wem lebt das Kind?

bei den Eltern bei der Mutter beim Vater

bei _____

Überweisender Arzt (Name, Anschrift)

Wer empfahl Vorstellung hier?

Krankenkasse des Kindes

gesetzlich privat

Name der Kasse

Bei wem ist das Kind mitversichert?

Name und Geburtsdatum der Mutter

Beruf: _____

Name und Geburtsdatum des Vaters

Beruf: _____

Andere Bezugspersonen, die in der Familie leben:

Geschwister d. Kindes (auch Halb- u. Stiefgeschwister)

Name: _____ geb. _____

Name: _____ geb. _____

Name: _____ geb. _____

Name: _____ geb. _____

Name: _____ geb. _____

2. Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung

Welche Sorgen haben Sie bei Ihrem Kind? Bitte schildern Sie kurz die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

Welche Hilfen erwarten Sie?

STRENG VERTRAULICH! ALLE ANGABEN UNTERSTEHEN DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT!

3. Bisherige Erkrankungen

Besondere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Anfallsleiden bei Ihrem Kind nein ja
 _____ im _____ Lebensjahr
 _____ im _____ Lebensjahr
 _____ im _____ Lebensjahr

Chronische Erkrankungen bei den Geschwistern / Eltern bzw. nahen Verwandten nein ja
 (Art, wen betreffend? _____)
 (Art, wen betreffend? _____)

4. Schwangerschaft (SS), Geburt und Neugeborenenzeit

Gab es Fehlgeburten oder Totgeburten?
 nein ja (Jahr) _____
 (Schwangerschaftsmonat: _____)
 ja (Jahr) _____
 (Schwangerschaftsmonat: _____)

Gab es Komplikationen in der SS mit dem Kind?

Blutungen.....nein ja
 schweres Erbrechen.....nein ja
 Bluthochdruck.....nein ja
 vorzeitige Wehen.....nein ja
 Infektionen.....nein ja
 Unfälle/Operationen.....nein ja
 psychische Belastungen.....nein ja
 Medikamente ?.....nein ja
 (welche, Dosis? _____)
 (_____)
 regelmäßige Einnahme?nein ja
 Alkohol.....nein ja
 Zigaretten (_____ täglich).....nein ja
 andere Drogennein ja
Dauerte die SS bis zum errechneten Termin?
 ja nein _____ Wochen früher
 nein _____ Wochen später

Wo erfolgte die Geburt?

Gab es bei der Geburt Komplikationen?
 Störung der kindlichen Herztöne....nein ja

Beckenendlage.....nein ja
 Mehrlingsgeburt.....nein ja
 Kaiserschnittbindung.....nein ja
 Saugglocke.....nein ja
 grünes Fruchtwasser.....nein ja
 besonders lange Geburt.....nein ja
 sonstige Komplikationen.....nein ja
 (welche? _____)

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?
 _____ Gramm schwer und _____ cm lang
 Kopfumfang: _____ cm

Apgar-Werte im Untersuchungsheft?
 5 Minuten _____ 10 Minuten _____

Zur Neugeborenenzeit (erster Lebensmonat)
 auffällige blasse/blauere Farbe.....nein ja
 (Beatmung notwendig).....nein ja
 gelbe Farbe.....nein ja
 (Phototherapie notwendig).....nein ja
 Trinkschwierigkeiten.....nein ja
 Klinikaufenthalt notwendig.....nein ja
 (wo? _____)
 (wie lange? _____)
 sonstige Erkrankungen.....nein ja
 (welche? _____)
 auffallende Bewegungsarmut.....nein ja
 auffallende Unruhe.....nein ja
 häufiges Spucken.....nein ja
 Anfälle.....nein ja
 Schreckhaftigkeit.....nein ja

5. Entwicklung des Kindes

Eckdaten der Entwicklung

Selbständiges Sitzen mit _____ Monaten
Selbständiges Gehen mit _____ Monaten
Sprechen mit _____ Monaten
Tagsüber trocken mit _____ Jahren
Nachts trocken mit _____ Jahren
Tagsüber sauber mit _____ Jahren
Nachts sauber mit _____ Jahren

Kindergartenbesuch

nein ja vom ____ bis zum ____ Lebensjahr
War dies ein Regelkindergarten? ..nein ja
halbtags ganztags
Probleme im Kindergarten.....nein ja
(_____)
(_____)
(_____)

Einschulung

Die Einschulung erfolgte im Jahre _____
im Alter von _____ Jahren
Schule: _____
Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?
.....nein ja
(Grund: _____)

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung

6. Schule und Freizeit zum gegenwärtigen Zeitpunkt

Schule

Aktuell Besuch der _____ Klasse

Schulform

Grundschule Hauptschule Realschule
Gymnasium Berufsschule Sonderschule
Diagnose- und Förderklasse sonstige
(_____)

Nachmittagsbetreuung bis _____ Uhr

Stärken in der Schule

Schwächen in der Schule

Verhältnis zur Hauptlehrkraft:

Eventuelle Verhaltensprobleme in der Schule

Eventuelle Verhaltensprobleme zu Hause

Freizeit

Findet Ihr Kind leicht Freunde?nein ja
Alter der Freunde: gleichaltrig jünger älter

Was spielt Ihr Kind besonders gerne?

7. Chronische Erkrankungen, Entwicklungsauffälligkeiten und Behandlungen

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten bereits untersucht?nein ja

(Ort, Jahr _____)

(Ort, Jahr _____)

(Ort, Jahr _____)

(Ort, Jahr _____)

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

Mit welchem Ergebnis?

Wurden früher regelmäßig Medikamente eingenommen?nein ja

(welche, wann, wie lange? _____)

(_____)

(_____)

Werden aktuell regelmäßig Medikamente eingenommen?nein ja

(welche, seit wann? _____)

(_____)

(_____)

Bekommt oder bekam das Kind eine spezielle Förderung?nein ja

Krankengymnastik (Bobath).....nein ja

Krankengymnastik (Vojta).....nein ja

Pädagogische Frühförderung.....nein ja

Ergotherapie.....nein ja

Heilpädagogik.....nein ja

Logopädie.....nein ja

sonstiges.....nein ja

(_____)

(wo? _____)

Befinden Sie sich mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung, z.B. bei einem Arzt, einem Psychologen, einer Beratungsstelle, einer speziellen Therapie usw.?nein ja

(bei wem? _____)

(_____)

(_____)

(_____)

8. Weitere Anmerkungen
