

Dr. med. Sabine **Nobbe**
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

2 Ärztlicher Fragebogen

Damit wir die Untersuchung ihres Kindes gut vorbereiten können, bitten wir um Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt. Zutreffendes bitte ankreuzen oder ausfüllen und zum Ersttermin mitbringen.

Name des Kindes _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____

Beindet sich das Kind im laufenden Quartal bereits in sozialpsychiatrischer Behandlung

ja nein

I. Entwicklung

Schwangerschaft geplant ungeplant

Schwangerschaftsverlauf komplikationslos problematisch wegen _____

Geburt zeitgerecht verzögert zu früh, in der _____ Woche

spontan Kaiserschnitt

Geburtsverlauf problematisch wegen _____

Geburtsgewicht _____ Körpergröße _____ APGAR-Werte _____ / _____

Gestillt ja, _____ Monate nein

Säuglingsverhalten unauffällig auffallend unruhig, viel geschrien, anstrengend

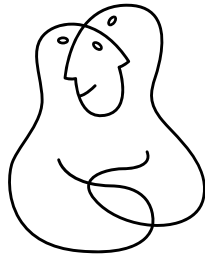
Motorische Entwicklung

Gekrabbelt ja nein

Freies Laufen altersentsprechend verzögert, später als 18 Monate

Sprachentwicklung

unauffällig verzögert, undeutlich



Dr. med. Sabine Nobbe
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Sauberkeitsentwicklung

unauffällig verzögert

Probleme wegen einnässen nachts tags

einkoten nachts tags

Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt:

unauffällig auffällig

Kindergartenbesuch

nein ja _____ Jahre Kindergarten gewechselt

Kita/ Regel KG integrativer KG heilpädagogischer KG

Schwierigkeiten gezeigt nein ja, wegen _____

Schulbesuch

Aktuelle Schule Grundschule Hauptschule Realschule Gymnasium

Gesamtschule Förderschule Klasse _____

Grundschulzeit

Einschulung altersgerecht vorzeitig später

Leistungen durchschnittlich überdurchschnittlich

Probleme in den Fächern: _____

Klassenwiederholungen ja, Klasse _____ nein

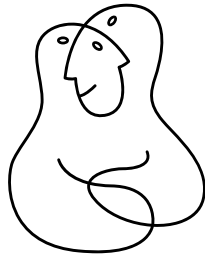
Umschulungen ja, Klasse _____ nein

Weiterführende Schule

Name _____

Leistungen durchschnittlich überdurchschnittlich

Probleme in den Fächern: _____



Dr. med. Sabine Nobbe
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Klassenwiederholungen ja, Klasse _____ nein

Umschulungen ja, Klasse _____ nein

II. Vorbefunde

Körperliche Erkrankungen / Krankenhausaufenthalte

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Bisherige Behandlungen/ Fördermaßnahmen:

Ergotherapie Logopädie Krankengymnastik

Erziehungsberatung psychiatr. Behandlungen

sonstiges _____

Werden/ wurden Medikamente verabreicht ja, welche _____ nein

EEG-Untersuchung erfolgt ja, wann _____ nein

Freizeit

Hobbies _____

Besuch eines Vereins ja nein

Regelmäßige Kontakte zu Gleichaltrigen ja nein wenig

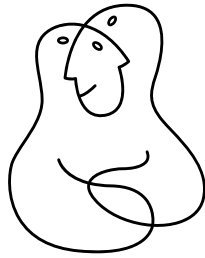
III. Familiengeschichte

Kind lebt bei

Kindeseltern Kindesmutter Kindsvater Stiefmutter Stiefvater

Pflegemutter/ Adoptivmutter Pflegevater/ Adoptivvater

sonstiges _____



Dr. med. Sabine **Nobbe**
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Eltern sind

- verheiratet seit _____ nicht verheiratet geschieden seit _____
 getrenntlebend seit _____ alleinerziehend verwitwet

Leibliche Mutter _____ Jahre

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

Berufstätigkeit ja, als _____ nicht berufstätig

gesund körperliche Probleme psychisch belastet

Leiblicher Vater _____ Jahre

Schulabschluss _____

Berufsausbildung _____

Berufstätigkeit ja, als _____ nicht berufstätig

gesund körperliche Probleme psychisch belastet

Sonstige Bezugspersonen

Name _____ Alter _____ gesund krank

Name _____ Alter _____ gesund krank

Geschwister des Kindes

Name _____ Alter _____ gesund krank

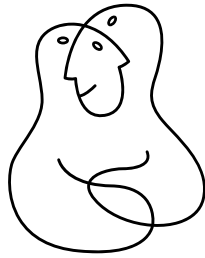
Schulbesuch problemlos Probleme

Name _____ Alter _____ gesund krank

Schulbesuch problemlos Probleme

Name _____ Alter _____ gesund krank

Schulbesuch problemlos Probleme



Dr. med. Sabine **Nobbe**
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Großeltern mütterlicherseits

Großmutter _____ Jahre gesund krank

Kontakt gut weniger gut kein Kontakt

Großvater _____ Jahre gesund krank

Kontakt gut weniger gut kein Kontakt

Großeltern väterlicherseits:

Großmutter _____ Jahre gesund krank

Kontakt gut weniger gut kein Kontakt

Großvater _____ Jahre gesund krank

Kontakt gut weniger gut kein Kontakt

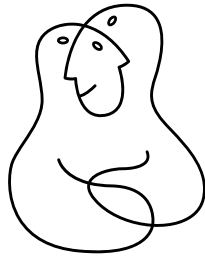
Belastende Ereignisse, Krankheiten oder Todesfälle in der Familie _____

IV. Vorstellungsgrund

Persönliche Probleme Probleme in der Familie

Probleme mit Gleichaltrigen schulische Probleme

sonstiges _____



Dr. med. Sabine **Nobbe**
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie

Die Bezugspersonen erhalten nach Abschluss einer testpsychologischen Diagnostik einen ausführlichen schriftlichen Befund über die Untersuchungsergebnisse.

Ich bin/ Wir sind darüber informiert worden, dass eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen kann. Der/ die Unterzeichnende/n versichert hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert und einverstanden mit der kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Vorstellung und Behandlung sind.

_____, _____
Datum, Unterschrift

_____, _____
Datum, Unterschrift

Information nur für Patienten mit Überweisungsschein!

Sollten Sie zum ersten Termin mit einer Überweisung gekommen sein, besteht unsererseits die Möglichkeit einen Arztbrief an den Überweiser zu senden. Ein schriftliches Einverständnis ist dafür Voraussetzung.

Ja, ich bin einverstanden.

_____, _____
Datum, Unterschrift

Nein, ich bin nicht damit einverstanden.

_____, _____
Datum, Unterschrift