EVK, Kindertagesklinik für Psychosomatik, Postfach 10 22 54, 40013 Düsseldorf

Akademisches Lehrkrankenhaus der
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Kindertagesklinik für Psychosomatik

Ärztliche Leiterin
Dr. Irina Stöcklin

Fürstenwall 91
40217 Düsseldorf

Sekretariat: Petra Ripey, Iris Cappallo
Telefon 02 11 / 9 19 – 37 22
Telefax 02 11 / 9 19 – 39 76
E-Mail tk@evk-duesseldorf.de
Internet www.evk-duesseldorf.de

Elternfragebogen Kindertagesklinik für Psychosomatik

Zum besseren Verständnis der Geschichte Ihres Kindes benötigen wir Informationen aus vielen Bereichen. Manche Fragen erscheinen Ihnen vielleicht schwierig. Zögern Sie nicht, uns darauf anzusprechen, Bemerkungen dazwischen zu schreiben oder Fragen zur persönlichen Besprechung offen zu lassen.
Bitte die zutreffende Antwort ankreuzen, unterstreichen oder ausfüllen.

Name des Kindes _____ geb. am_____

Mutter des Kindes _____ geb. am_____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Vater des Kindes _____ geb. am_____

Anschrift: _____

Telefon: _____

I. Aktuelle Lebenssituation

Unser Kind lebt in einer Familie mit folgenden Personen im gemeinsamen Haushalt:

Vorname, Name	Alter	Verhältnis zueinander: zum Beispiel leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptiv-, Geschwister, Eltern, Großeltern

Unser Kind lebt in einer anderen Lebensumgebung, nämlich:

Wer hat das Sorgerecht?

Finden regelmäßig Umgangskontakte mit dem getrennt lebenden Elternteil statt?
ja ( ) nein ( )

Wenn ja, wie oft? Wenn nein, warum und seit wann nicht?

Berufliche Situation der Eltern (auch Pflege-, Stief- oder Adoptiveltern):

Mutter:	Vater:
_____	_____
Sind Sie zur Zeit berufstätig?	Sind Sie zur Zeit berufstätig?
ja ( ) nein ( )	ja ( ) nein ( )
Beschäftigt als	Beschäftigt als
_____	_____
Mit einer Wochenstundenzahl von _____	Mit einer Wochenstundenzahl von _____
Schichtdienst: ja ( ) nein ( )	ja ( ) nein ( )
Selbständig: ja ( ) nein ( )	ja ( ) nein ( )

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

Haben Veränderungen in der Lebenssituation Ihres Kindes stattgefunden? ja ( ) nein ( )
z.B. durch Umzüge, Änderung in der Zusammensetzung der Lebensgemeinschaft durch Trennung, Scheidung, Tod; Schulwechsel; Heimwechsel., Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme eines Elternteils oder ähnliches

Ereignis	Wann? Jahr, Monat

II. Medizinische Vorgeschichte Ihres Kindes

Schwangerschaft und Geburt

War die Schwangerschaft geplant? ja ( ) nein ( )
Die wievielte Schwangerschaft war es?
War die Schwangerschaft für Sie weitestgehend beschwerdefrei? ja ( ) nein ( )
Es gab folgende Schwierigkeiten:

Die Geburt erfolgte zum errechneten Termin ja ( ) nein ( )
Wenn „nein“ , die Geburt erfolgte..... Tage zu früh / zu spät

Verlief die Geburt unkompliziert? ja ( ) nein ( )
Es gab folgende Schwierigkeiten:

Alter der Mutter bei der Entbindung:

Geburtsgewicht: _____ g Geburtsgröße: _____ cm

Erkrankungen Ihres Kindes

War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank oder musste es schon einmal im Krankenhaus behandelt werden?

Welche Erkrankung?	Wann? Monat, Jahr Wie lange?	Wo wurde es behandelt? Krankenhaus, Kur, etc.

Welche Untersuchungen wurden bei Ihrem Kind schon durchgeführt
(Sehtest, Hörtest, EKG, EEG, CT oder MRT)?

Wann und mit welchem Ergebnis?
_____
_____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? ja ( ) nein ( )
Wann, weswegen und wo?
_____

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? ja ( ) nein ( )
Weswegen und wo? Bitte nennen Sie Name und Anschrift des behandelnden Arztes
_____
_____

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente ein? ja ( ) nein ( )

Welche und in welcher Dosierung? Bitte notieren Sie auch den medikamentösen Verlauf, d.h. wann welche Medikamente gegeben wurden und warum ein Wechsel vorgenommen wurde.
_____
_____

III. Entwicklung Ihres Kindes

Gab es Schwierigkeiten im ersten Lebensjahr wie zum Beispiel Schreibaby, Trink- oder Schlafverhalten, häufig kränkeln oder ähnliches? ja ( ) nein ( )
Welche, wann und wie lange sind diese aufgetreten?

_____
_____

Wann konnte Ihr Kind frei laufen? Mit _____ Monaten.

Wann sagte es die ersten sinnvollen Wörter? Mit _____ Monaten.

Gab es Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung? ja ( ) nein ( )
Welche? Wann? Sind sie aktuell noch vorhanden?

_____

Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung? ja ( ) nein ( )
Welche? Wann? Sind sie aktuell noch vorhanden?

_____

Wann wurde Ihr Kind trocken? Mit _____ Monaten am Tag.
Mit _____ Monaten in der Nacht.

Wann wurde Ihr Kind sauber? Mit _____ Monaten am Tag.
Mit _____ Monaten in der Nacht.

Nässt Ihr Kind zur Zeit ein? ja ( ) nein ( )
Seit wann?

_____

Kotet Ihr Kind zur Zeit ein? ja ( ) nein ( )
Seit wann?

_____

Gab es andere Entwicklungsauffälligkeiten, nach denen bisher nicht gefragt wurde? ja ( ) nein ( )
Welche? Wann?

_____
_____

Hat Ihr Kind Fähigkeiten verloren, die es schon einmal besessen hat (Entwicklungsknick)?
ja ( ) nein ( )
In welchem Alter und welche Fähigkeiten?

_____

Besuchte Ihr Kind einen Kindergarten? ja ( ) nein ( )
Regelkindergarten / Kindertagesstätte / Heil- / sonderpädagogische Einrichtung / Anderen:

_____

Von wann bis wann besuchte Ihr Kind den Kindergarten?

_____

Gab es Wechsel in eine andere Einrichtung? ja ( ) nein ( )
Wann, warum und in welche neue Einrichtung?

Gab es im Kindergartenalter Auffälligkeiten in Bezug auf Entwicklung / Verhalten / Lernfähigkeit?
ja ( ) nein ( )
Welche? _____

Wann wurde ihr Kind in die Grundschule eingeschult? _____

Geschah dies: auf Antrag früher / altersgerecht / auf Antrag später / zurückgestellt ?

Besuchte Ihr Kind den Vorschulkindergarten? ja ( ) nein ( )
Von wann bis wann und wo?
Gab es in der Schule Auffälligkeiten in Entwicklung / Verhalten / Lernfähigkeit? ja ( ) nein ( )
Welche?
_____

Gab es einen Schulwechsel? ja ( ) nein ( )
Wann, warum und zu welche Schulform?
_____

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? ja ( ) nein ( )
Welche?
_____

Benötigt Ihr Kind Hilfe bei den Hausaufgaben? ja ( ) nein ( )
Welche und wer leistet die?
_____

V. Welche Verhaltensweisen kennen Sie von Ihrem Kind

(Bitte unterstreichen Sie, wenn zutreffend)

Albernheiten, spielt den Clown anlehnungsbedürftig leicht beeinflussbar

Nimmt Drogen/Alkohol/raucht leicht ermüdbar, wenig belastbar empfindsam/sensibel

Leicht erregbar, unbeherrscht Faulheit, drückt sich gern schüchtern, Kontaktschwierigkeiten

Nägelkauen nervös, zappelig, unruhig auffälliges sexuelles Verhalten Einkoten

Einnässen Essstörungen (isst zu wenig/ zu viel) Ein- und Durchschlafstörungen

Sprachstörungen Ticartige Bewegungen Unselbständigkeit Nägelkauen

Trotz- und Oppositionsverhalten Sachzerstörungen Diebstähle Schwindeln/Lügen

Gedankenverloren/Tagträume Kopfwerfen/Wiegen mit dem Körper

Zwanghaftes Wiederholen bestimmten Verhaltens Übergenauer Ordnungsdrang

Übertriebener Ehrgeiz übermäßige Eifersucht Selbstmordäußerungen/Versuche

Zündeln/Feuerlegen Weglaufen/Streunen Ängstlichkeit/Minderwertigkeitsgefühle

Ausgeprägt depressive Stimmungen Schulangst Schuleschwänzen Leistungseinbruch

Spezielle Ängste vor bestimmten Dingen, Tieren, Personen, Situationen

Welche Beschwerden kennen Sie von Ihrem Kind?
Kopf- und Bauchschmerzen Erbrechen/Übelkeit Sehfehler Hörfehler
Allergien Atemstörungen Herz-Kreislaufbeschwerden Alpträume
Übergewicht Untergewicht Übergröße Untergröße

Welches Kontaktverhalten kennen Sie von Ihrem Kind?

Ist Ihr Kind lieber…	*mit sich alleine?*	*ja ( )*	*nein ( )*
	mit jüngeren Kindern zusammen?	ja ( )	nein ( )
	mit gleichaltrigen Kindern zusammen?	ja ( )	nein ( )
	mit älteren Kindern zusammen?	ja ( )	nein ( )
	mit Erwachsenen zusammen?	ja ( )	nein ( )

Wird Ihr Kind von einigen Kindern deutlich abgelehnt? ja ( ) nein ( )
Wenn ja, aus welchem – auch vermutlichen – Grund
_____

Lehnt Ihr Kind von sich aus einige Kinder ab? ja ( ) nein ( )
Wenn ja, aus welchem – auch vermutlichen – Grund
_____

Womit beschäftigt sich Ihr Kind gerne / am liebsten?
_____

Welche gemeinsamen Freizeitaktivitäten gibt es in Ihrer Familie?
_____

VI. Frühere Hilfen und Therapien für Ihr Kind

Wurde Ihr Kind bereits psychologischen Testungen unterzogen? Welche, wann und mit welchem Ergebnis? (Ggf. Kopien mitbringen):
Erhielt oder erhält Ihr Kind eine Therapie (z.B. Krankengymnastik, Sprach-, Spieltherapie, etc.)?
Gab es andere Hilfen für Sie oder Ihr Kind (Erziehungsberatung, Kontakt zum Jugendamt etc.)?

Was?	Warum?	Wann?	Bei wem?

Wir möchten uns bei Ihnen für Ihre Mühe und Geduld, uns diese vielen Fragen zu beantworten, bedanken. Bei Unklarheiten, Ergänzungen oder Kritik dürfen Sie uns gerne ansprechen oder weitere Notizen hinzufügen.

_____
Datum // Unterschrift der Sorgeberechtigten Eltern