

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind in unserer Praxis angemeldet. Um die Gesprächszeit optimal für Ihr Anliegen nutzen zu können, bitten wir Sie, diesen **Fragebogen zur Anmeldung vorab auszufüllen und uns zukommen zu lassen**. Vielen Dank!

Datum	
Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von	
Vor- und Nachname des Kindes	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Wohnort mit PLZ (und Stadtteil, falls HH)	
Straße und Hausnummer	
Telefon privat	
Telefon beruflich	
Handynummer	
E-Mail Adresse Eltern	
Krankenversicherung	

Vorstellungsanlass

Gibt es aktuelle Schwierigkeiten, wenn ja, welche? (Stichworte)	
Seit wann bestehen diese Schwierigkeiten? (Stichworte)	
Wie stark fühlt sich Ihr Kind derzeit durch diese Schwierigkeiten belastet (Skala 1-10)?	
Wie stark fühlen Sie sich als Eltern derzeit durch das Problem belastet (Skala 1-10)?	
Was ist Ihr Wunsch / Auftrag an uns?	

Aktuelle Situation / Umfeld / Schule

Name des Kindergartens / der Schule und Stadtteil von Hamburg bzw. Standort (außerhalb Hamburgs)	
Aktuell besuchte Klasse und Schulart (z.B. Gymnasialzweig bei Gesamtschule)	
Schulleistungen (in Schulnoten - orientierend)	Lesen Schreiben Mathematik Sport Sonstige
Schulbesuch (regelmäßig, Klassenwiederholung, Überspringen einer Klasse)	
Wie ist die Arbeitsorganisation in der Schule bzw. bei den Hausaufgaben?	
Wie äußern sich Erzieher / Lehrer über die Begabung ihres Kindes?	
Hat Ihr Kind ausgeprägte Interessensgebiete? Wenn ja welche?	
Stellt sich ihr Kind selbständig Aufgaben? Wenn ja beschreiben sie die Art der selbständig gestellten Aufgaben:	
Hat sich Ihr Kind bereits vor der Einschulung ohne Hilfe das Lesen, Schreiben oder Rechnen beigebracht?	Lesen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schreiben: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Rechnen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Einschätzung der Fähigkeiten im Vergleich zu gleichaltrigen Kindern:	
	wesentl. eher genauso Eher wesentl. geringer geringer groß größer größer
Allgemeines Wissen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Verständnis für alltägl. Sinnzusammenhänge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Wortschatz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Rechenfähigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gedächtnisleistung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sportliche Aktivitäten, wenn ja, welche und seit wann	
Instrumentalunterricht, wenn ja, welches und seit wann	
Sonstige Hobbies	
Werden Freundschaften gepflegt?	
Religionszugehörigkeit	
Was sind die Stärken Ihres Kindes?	

Eigenanamnese

Umstände in der Schwangerschaft (Komplikationen, Lebensumstände)	
Alter der Mutter bei der Geburt	
Geburtsverlauf (Dauer, Komplikationen)	
Geburtsgröße, Geburtsgewicht, APGAR-Werte (siehe gelbes Vorsorgeheft)	

Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?	
Säuglingsverhalten in den ersten Wochen	
Krabbeln	mit Monaten
Freies Laufen	mit Monaten
Tagsüber sauber / trocken	mit Monaten
Nachts trocken	mit Monaten
Ggfs. erneutes häufiges Einnässen	tagsüber / nachts mit Monaten / Jahren -mal pro Woche
	Dauer der längsten trockenen Phase Monate
Sonstige Auffälligkeiten bei der Sauberkeitserziehung	
Erste Wörter	mit Monaten
Erste Sätze	mit Monaten
Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung	
Geräuschempfindlichkeit	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Taktile Empfindlichkeit (mochte nicht im Sand spielen, barfuß auf der Wiese gehen)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Feinmotorische Entwicklung (Perlen auffädeln, Basteln, Schreiben)	<input type="radio"/> geschickt <input type="radio"/> ungeschickt
Grobmotorische Entwicklung (Schaukeln, Klettern, Rollerfahren)	<input type="radio"/> geschickt <input type="radio"/> ungeschickt
Händigkeit	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> nicht eindeutig
Fahrradfahren (ohne Stützräder)	mit Jahren
Schleife binden	mit Jahren
Schwimmen	mit Jahren
Erstes Lesen	mit Jahren
Erstes Schreiben	mit Jahren
Erstes Rechnen Lesen der analogen Uhr	mit Jahren mit Jahren
Besuch einer Tagesmutter, Krippe Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	mit Jahren
Besuch eines Kindergartens Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	mit Jahren
Besuch einer Vorschule Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	mit Jahren
Einschulung (regelmäßig, zurückgestellt, vorzeitig)	mit Jahren
Bisher besuchte Schulen (bitte mit Jahresangaben) und ggfs. Ort	
Gab es besondere Einflüsse, die für die Entwicklung Ihres Kindes wichtig waren (Trennung der Eltern, Umzüge, Krankheits- oder Todesfälle, langwieriger Hausbau, wirtschaftliche Sorgen der Eltern, Arbeitslosigkeit u.a.), wenn ja, wann?	

Medizinische Anamnese

Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurde schon einmal ein Sehtest gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gab oder gibt es Krampfanfälle?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Gibt es andere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, welche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krankenhausaufenthalte (Wann? Warum?)	
Medikamenteneinnahme (Wann? Welche?)	
Aktuelle Körpergröße und –gewicht	cm kg
Name und Adresse des Kinderarztes /-ärztin	

Familienanamnese

	Mutter	Vater	Andere
Nachname, Titel			
Vorname			
Geburtsdatum			
Nationalität			
Religionszugehörigkeit			
Anschrift (falls von o. g. abweichend)			
Erziehungsberechtigt	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Höchster erreichter Schulabschluss Hochschule / Uni			
Erlerner Beruf			
Akt. Ausgeübter Beruf			
Wochenarbeitszeit (ca.)			
Körperliche Erkrankung			
Psychische Erkrankung			

Beziehungsstatus der leibl. Eltern	verheiratet / leben zusammen / getrennt / geschieden / nie zusammen gelebt
Das Kind lebt bei	den leibl. Eltern / Andere:

	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Nationalität			
Religionszugehörigkeit			
Kindergarten Vor- /Schule			
Klasse			
Schulleistungen (ca.)			
Körperliche Erkrankung			
Psychische Erkrankung			
Problemverhalten, wenn ja, welches			

Wichtige Bemerkungen zur Familie

Bisherige Maßnahmen

Welche Ärzte, Therapeuten oder Beratungsinstitutionen (z.B. im Bereich Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Krankengymnastik, Ergotherapie, Erziehungsberatungsstellen, Logopädie, Lerntherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Krankenhäuser, Andere) sind bisher seit der Geburt aufgesucht worden?

Wurden ev. testpsychologische Untersuchungen durchgeführt? Z.B. auch in der Schule (HSP?, CFT?)

Welche Ergebnisse sind Ihnen bekannt?

Institution	Vorstellungs- bzw. Behandlungszeitraum von ... bis	Testpsychologische Untersuchung (z.B. Intelligenz, Konzentration, Lesen, Schreiben, Rechnen)	Testdatum	Testergebnis	Hat eine Behandlung stattgefunden, wenn ja, welche?

Sonstige Anmerkungen

Name des Kindes:		
Datum:	Alter:	Klasse:
Fragebogen ausgefüllt von:		
<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> sonst. Bezugsperson:

dr. med. miriam bachmann
 fachärztliche privatpraxis
 für kinder- und jugendpsychiatrie
 www.praxis-drbachmann.de

Sehr geehrte Eltern,

Bitte beantworten Sie uns einige Fragen zum Medienverhalten Ihres Kindes. Geschätzte Zeiten sind völlig ausreichend. Bitte beantworten Sie alle Fragen, u.U. auch mit „weiß ich nicht“. Herzlichen Dank!

Hat Ihr Kind ein eigenes Handy? Nein Ja, ein Smartphone Ja, kein Smartphone

Für welche Aktivitäten nutzt Ihr Kind das bzw. Ihr Handy? _____

Wenn Ihr Kind ein Smartphone benutzt, welche Apps nutzt es? _____

Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind täglich mit dem Handy? _____

Hat es sein eigenes Handy auch abends und über die Nacht? Nein Ja

Hat es sein eigenes Handy auch in der Schule dabei? Nein Ja

Welche Handybegrenzung/Handyregel gibt es bei Ihnen? _____

Hat Ihr Kind Zugang zu einem Computer/Laptop? Nein Ja, zu unserem Ja, es besitzt einen eigenen

Für welche Aktivitäten nutzt es ihn? _____

Wenn es PC-Spiele spielt, welche spielt es regelmäßig? _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich am PC? _____

Wieviel Zeit ist davon Spielzeit? _____

Welche Spielekonsolen besitzt Ihr Kind/ Ihre Familie? (PlayStation, Nintendo, Wii etc.) _____

Welche Spiele spielt es damit? _____

Wie lange beschäftigt sich Ihr Kind täglich mit der Konsole? _____

Schaut Ihr Kind fern? Nein Ja, auf unserem Ja, es besitzt einen eigenen Fernseher

Welche Sendungen schaut es? _____

Wie viele Stunden täglich schaut es fern? _____

Zu welchen weiteren elektronischen Medien (z.B. iPad, MP3-Player) hat es Zugang? _____

Hat Ihr Kind eine (feste) Medienzeit? Wie sieht die Regelung genau aus (z.B. Minutenzahl pro Medium)?

Umgeht/bricht Ihr Kind gelegentlich die Regeln, um länger elektronische Medien zu konsumieren und wenn ja wie?

Machen sie sich Sorgen um das Medienverhalten Ihres Kindes? Nein ein wenig ja