



DIPL.-PÄD.

SARINA RISSE

KINDER- & JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN (TP)

Fragebogen zur Behandlungsaufnahme

Liebe PatientInnen, um für das Gespräch mit Ihnen längere Zeit zur Verfügung zu haben, bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen zu Ihrer Familien-/Lebenssituation und zur Entwicklung. Ihre Daten werden vertraulich behandelt und keinem Dritten zugänglich gemacht.

Senden Sie den Fragebogen **bitte komplett ausgefüllt vor ihrem ersten Termin** zurück per Post (Praxis Risse, Anna-von-Fürstenberg-Weg 7, 59494 Soest) /oder Fax (02921/ 3447772)/ oder Email (therapie-soest@gmx.de).

Vor- u. Nachname des Kindes	_____	Geb.datum	_____
	_____	Ort	_____
	_____	Staatsangehörigkeit	_____
Adresse	_____		

Ansprechpartner, Telefon, Email Eltern/Gruppe/o.ä.	_____		

Telefon/Email PatientIn	_____		
Krankenkasse/priv.Versicherung		Versicherungsnummer:	
Beihilfe:		Pseudonymisierungscode:	
Schule, Klasse:	_____		
KlassenlehrerIn	_____		
Kinder/Hausarzt: (Name,Tel. & Ort)	_____		

Sorgerecht liegt bei:

Gesundheitsfürsorge liegt bei:

Name der leibl. Mutter		Name des leibl. Vaters	
Geb.datum Mutter		Geb.datum Vater	
Adresse der Mutter		Adresse des Vaters	
Telefon Mutter		Telefon Vater	

Welche **Wünsche** haben Sie an die Therapeutin?

Welches **Ziel** soll die mögliche Therapie haben? **Wie soll das Ziel** erreicht werden? Bitte schildern Sie so genau wie möglich. (wie, wer ist beteiligt, Zeitraum, Ziele)

Familienanamnese:

- des leiblichen **Vaters**

Höchster Schulabschluss: _____

Berufsausbildung (gelernt als, tätig als:)

Arbeitszeiten: _____

- der leiblichen **Mutter**

Höchster Schulabschluss: _____

Berufsausbildung (gelernt als, tätig als:)

Arbeitszeiten: _____

Wie ist der Kontakt zur Familie des Vaters & zur Familie der Mutter?

Familienstand der Kindseltern: _____ seit: _____

Hat das Kind Kontakt zu Großeltern? **Nein**

Ja, zu folgenden:

Adoptiv, Pflege – oder Stiefeltern:

Geschwister des Kindes:

(Bitte mit Angabe, falls Stief oder Halbgeschwister)

Name	Geburtsdatum	Schulart	Berufsausbildung	lebt bei
------	--------------	----------	------------------	----------

Kind: _____

Kind: _____

Kind: _____

Kind: _____

Kind: _____

Traten bei den Geschwistern des Kindes schwere Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, und oder Entwicklungsstörungen o.Ä. auf? (Wenn ja, welche und Name des Kindes:)

Wurden oder werden Bezugspersonen oder andere Familienmitglieder derzeit oder in der Vergangenheit (psycho-)therapeutisch behandelt? **Nein** **Ja**

Falls ja, bitte Details:

Schwangerschaft mit dem vorgestellten Kind:

Gab es in der Schwangerschaft Probleme oder in dieser Zeit besondere Ereignisse wie Unfälle, Erkrankungen, seelische Belastungen o.ä.? **Nein**

Ja, folgende:

Nikotinkonsum in Schwangerschaft: **Ja** **Nein**

Alkoholkonsum in Schwangerschaft: **Ja** **Nein**

Geburt

In der Schwangerschaftswoche: _____ Dauer der Geburt: _____

Geburtsgewicht: _____ Größe _____ Apgarwerte: ___/___/___

Gas es Probleme während der Geburt? **Nein** **Ja, folgende:**

Zustand der Mutter normal

Nein

Ja

Hatten Sie vor oder nach der Schwangerschaft Fehlgeburten? **Nein** **Ja**, _____

Wie hat die Mutter die Geburt empfunden? (Gedanken, Gefühle, Befürchtungen, Erwartungen, Geburtsteamerfahrung, Bewältigung der Schmerzen etc.)

Wie hat der Vater die Geburt empfunden? (Gedanken, Gefühle, Befürchtungen, Erwartungen, Geburtsteamerfahrung, Bewältigung der Schmerzen der Frau etc.)

Haben Sie gestillt? **Nein** **Ja**, in etwa _____ Monate/Wochen

Säuglings- und Kleinkindzeit:

Gab es in der Kindheit Besonderheiten, Unfälle, Todesfälle o.ä.?

Nein **Ja** _____

Frühkindliche Entwicklung

Das U-Heft liegt der Therapeutin vor: **Nein** **Ja**

Hat der Kinderarzt Besonderheiten, Auffälligkeiten vermerkt?

Nein **Ja**, Folgende:

Gab es Entwicklungsverzögerungen im Laufe der Kindheit? **Nein** **Ja, folgende:**

Gab es Auffälligkeiten bzgl. des **Temperaments und Verhaltens** des Kindes? **Nein**

Ja, folgende: (zum Beispiel zum Thema: Unruhe, Verletzungen, Schlaf, Spielen, Essen, Ängste, Selbstverletzungen, besonderer Trotz, besonderer Ehrgeiz, Nähe oder Ablehnung, häufiges Krank sein, Außenseiter oder Tonangebend, Merkwürdigkeiten o.ä.)

Was	wann
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Gab es eine längere Trennung des Kindes von den Eltern im Kleinkindalter?

Nein **Ja**, Anlass, Dauer: _____

Kindergartenzeit

Hat Ihr Kind den **Kindergarten** besucht?

Nein, weil _____

Ja, Eintritt mit ____ Jahren Kindergartenname _____

Fand vor dem Kindergartenbesuch bereits eine der nachfolgend genannten Betreuungsformen statt:

Tagesmutter: **Nein** **ja**, ab _____ Monaten _____ Std/Tag

Krippe/Hort **Nein** **ja**, ab _____ Monaten _____ Std/ Tag

Wie verlief die **Eingewöhnung**? Für das Kind _____

Für die Mutter _____

Für den Vater _____

Wurde von den ErzieherInnen auffälliges Verhalten des Kindes benannt?

Nein **Ja** (Zeitraum, welche) _____

Schule

Die **Einschulung** erfolgte mit _____ Jahren, Mon.

Gab oder gibt es Besonderheiten bzgl. des Schulbesuchs? **Nein** **Ja, folgende:**

Hat das Kind/Jugendliche derzeit Freude daran in die Schule zu gehen? **Ja**

Nein

Hat es schon mal überlegt, nicht mehr leben zu wollen? **Ja**

Ja

Nein

Freizeit

Das Kind betreibt folgende Sportarten:

Ihr Kind betreibt folgende Hobbies/ hat Spaß an:

Das Kind hat Schwierigkeiten bei: (z.B. im Kontakt mit anderen Kindern/Erwachsenen/Lehrern/im Spiel/am Essenstisch/ bei Lob/Kritik/ Integration etc.):

Was Sie noch mitteilen möchten:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe