

**LWL-Klinikum für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Marl-Dortmund - Elisabeth-Klinik**

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik  
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen  
Marsbruchstr. 162a, 44287 Dortmund  
Telefon: 0231 -91 30 19-0  
Telefax: 0231 -91 30 19-510



Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.

## Fragebogen

**Persönliche Daten:**

Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Mobilnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail der/s Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Kind lebt bei (z.B. Mutter, Pflegeeltern, Heim etc.): \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt ist: \_\_\_\_\_

Name und Adresse des Haus- oder Kinderarztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenkasse (immer angeben): \_\_\_\_\_

versichert über (Name): \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Arbeitgeber des Versicherten: \_\_\_\_\_

**Mutter** (immer angeben):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Vater** (immer angeben):

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Stief-/ Adoptiv-/Pflegemutter:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Stief-/ Adoptiv-/Pflegevater:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_ derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Geschwister, Halb-, Stief-, oder Pflegegeschwister:**

Name, Alter, Schultyp, Besonderheiten in der Entwicklung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Familie:**

Daten von Heirat: \_\_\_\_\_

Scheidung: \_\_\_\_\_

Wiederheirat: \_\_\_\_\_

Lebt das Kind immer zu Hause; wenn nicht, wo: \_\_\_\_\_

Belastende Ereignisse, (psychische) Erkrankungen oder Todesfälle in der Familie: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Familiensituation:**

Welche Personen gehören zum gemeinsamen Haushalt: \_\_\_\_\_

Andere wichtige erwachsene Kontaktpersonen für das Kind: \_\_\_\_\_

Freunde / Sozialkontakte: \_\_\_\_\_

Äußere Belastungen (z.B. Wohnungsart, -größe, finanziell): \_\_\_\_\_

Innere Belastungen (Welche Schwierigkeiten gibt es im Zusammenleben?): \_\_\_\_\_

**Entwicklung:**

Schwangerschaft (körperlicher oder seelischer Verlauf): \_\_\_\_\_

**In der Schwangerschaft** Medikamente: \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum:  gar nicht  gelegentlich  regelmäßig

Nikotinkonsum:  gar nicht  gelegentlich  regelmäßig

Drogenkonsum:  gar nicht  gelegentlich  regelmäßig

Geburt (Frühgeburt, Länge, Gewicht, Kopfumfang, Besonderheiten, Kaiserschnitt, APGAR-Werte): \_\_\_\_\_

Wurde das Kind gestillt – wie lange? \_\_\_\_\_

**Frühkindliche Entwicklungsschritte des Kindes**

Wann saß es? \_\_\_\_\_ Wann stand es? \_\_\_\_\_ Wann lief es? \_\_\_\_\_

Erste Worte (Wann?): \_\_\_\_\_

Wann war das Kind sauber? \_\_\_\_\_

Bei Mädchen: Regelblutungen – seit: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der Kleinkindzeit und im Kindergartenalter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kindergartenbesuch ab: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen** \_\_\_\_\_

Schwere Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen, wann, wie lange): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Appetit: \_\_\_\_\_ Schmerzen: \_\_\_\_\_

Krämpfe: \_\_\_\_\_ Unfälle: \_\_\_\_\_

Anfälle: \_\_\_\_\_ Asthma: \_\_\_\_\_

Wurden/Werden z.Zt. Medikamente verabreicht: \_\_\_\_\_

Drogenkonsum: Alkohol Nikotin Cannabis Amphetamine Kokain

EEG-Untersuchung (wann, wo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kinderkrankheiten: Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten  Windpocken

Impfungen: Tetanus, wann zuletzt: \_\_\_\_\_

Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten  Windpocken

### **Vorbehandlungen:**

Ambulante psychiatrische / therapeutische Vorbehandlung (wo? wann?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stationäre psychiatrische / therapeutische Vorbehandlung (wo? wann?): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Förderungen (Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisherige Begleitung über Beratungsstelle, Jugendamt, Hilfen zur Erziehung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Schule:**

Name und Anschrift der Schule: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name der Lehrer/-innen: \_\_\_\_\_

Welche Klasse wird z.Zt. besucht: \_\_\_\_\_

Wann eingeschult: \_\_\_\_\_

Schulische Leistungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Umschulungen: \_\_\_\_\_

Schulische Verhaltensprobleme: \_\_\_\_\_

