

Dr. med. Katrin Hauschild

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Marienfelder Str. 2, 33330 Gütersloh, Tel. 05241 – 21 21 827 Fax 05241 – 21 21 978

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt,
sie dienen als Grundlage für ein späteres, persönliches Gespräch

WICHTIG: Reichen Sie uns diesen Fragebogen bis spätestens 14 Tagen vor dem Termin ein, da ansonsten der vereinbarte Termin verfällt!

Termin am:

Name:

Wohnhaft:

Alter:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum:

Name der Eltern:

Adresse Eltern (falls anders als Kind):

Name/Adresse der Sorgeberechtigten (falls anders als Eltern):

Telefon:

mobil:

E-Mail :

Krankenkasse:

Name und Geburtsdatum des **Versicherten**:

Hausarzt / Kinderarzt:

Vorstellungsgrund / jetzige Problematik:

Datum

Unterschrift (Sorgeberechtigter)

Name des Patienten _____

Leibliche Eltern ja nein

Beziehungsstatus der Eltern

verheiratet seit:
getrennt seit:
geschieden seit:

Geschwister:

Name	GebDatum	Schulbildung	jetzige Tätigkeit oder Schulform
------	----------	--------------	----------------------------------

Zur Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindalter

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?
(z.B. Komplikationen/Risikofaktoren/psychische Belastungen ...)

Erfolgte die Geburt termingerecht, - gab es Probleme?
(z.B. Lageabweichung, Nabelschnurumschlingung, Saugglocke)

Wann konnte Ihr Kind frei laufen: Monate

Wann konnte das Kind sprechen: Monate

Wann war Ihr Kind sauber: Monate

Gab es Auffälligkeiten/ Probleme in den ersten drei Lebensjahren?
(z.B. Krankheiten, Trennungen, Entwicklungsverzögerungen, Bewegungs – o. Sprachauffälligkeiten)

Name des Patienten _____

Kindergarten:

War Ihr Kind im Kindergarten? Ja / Nein

Gab es Auffälligkeiten beim Besuch des Kindergartens?
(z.B. Trennungsangst, Kontaktstörungen, Spielstörungen, Aggressionen, "Zappelphilipp-Verhalten"...)

Schule:

Wurde Ihr Kind zeitgerecht eingeschult? Ja Nein

Welche Schulen hat Ihr Kind bisher besucht?

Name der Schule	Schulform (Grundschule, Sonderschule...)	Klassen - / -
_____	_____	____/____
_____	_____	____/____
_____	_____	____/____

In welche Schule geht Ihr Kind zur Zeit?

Gibt es Probleme/Auffälligkeiten in der Schule?

(z.B. Aggressionen /schlechtes Betragen, Leistungsschwierigkeiten, Kontaktstörungen, Konzentrationsstörungen, "Zappelphilipp-Verhalten", Schulverweigerung/Schulangst, ...)

Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? Wenn ja, welche?