



## Elternfragebogen Ambulanzanmeldung

für die Vorstellung von Kindern/Jugendlichen in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie:

Ausgefüllt am (Datum).....

Nachname des Kindes ..... Vorname.....

Geb. am..... Geschlecht  weibl.  männl.

Straße ..... PLZ.....Ort.....

Telefon ..... Handy .....

Mail ..... Fax .....

Überweisender Kinder- (Haus) Arzt .....

Krankenkasse..... Krankenkassennummer.....

Versichert durch..... geb. ....

Versichert durch..... geb. ....

Für eine erfolgreiche Behandlungsplanung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir alle Angaben streng vertraulich (im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht) behandeln, d.h. Informationen nur mit Ihrem Einverständnis weiter geben (siehe letzte Seite). **Bitte senden Sie uns den ausgefüllten Fragebogen zu. Bei privat Versicherten benötigen wir zusätzlich den ausgefüllten und unterschriebenen ambulanten Behandlungsvertrag (Seite 9 dieser Unterlagen!). Auch benötigen wir das schriftliche Einverständnis aller Sorgeberechtigten in die Diagnostik/Behandlung bei uns.** Sie erhalten dann eine Eingangsbestätigung. Termine werden Ihnen später gesondert mitgeteilt bzw. mit Ihnen vereinbart. **Bei unmittelbar gefährlichen Notfällen (z.B. akute Suizidalität) kontaktieren Sie bitte telefonisch unseren Notdienst (Tel. 02330/62-0) bzw. die örtlich zuständige Klinik.**

**Diese finden Sie auch auf der Internetseite des Gemeinschaftskrankenhauses:**

**<http://www.gemeinschaftskrankenhaus.de/de/fachabteilungen/kinder.jugendpsychiatrie/akutversorgung>**  
. Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten. Bitte bringen Sie dann auch das gelbe Untersuchungsheft des Kindes und **vorhandene Berichte anderer Institutionen** mit! Bitte kreuzen Sie das jeweilig Zutreffende in den entsprechenden Kästchen  an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

**Senden Sie den Fragebogen bitte an:**

**Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke**  
**Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters**  
**Sekretariat 7 West**  
**Gerhard-Kienle-Weg 4**  
**58313 Herdecke**  
**Fax:02330-624032**  
**✉[kinderpsych@gemeinschaftskrankenhaus.de](mailto:kinderpsych@gemeinschaftskrankenhaus.de)**







**III. Kindergarten – Schule**

16. Wie ist/war das Verhalten im Kindergarten?

- ohne Probleme
- es gab/gibt Schwierigkeiten, weil

.....

besucht(e) keinen Kindergarten, weil.....

Falls noch Kindergartenkind:

17. Name des Kindergartens? Bitte angeben, ob dies ein Regelkindergarten, ein heilpädagogischer, ein integrativer, ein Sprachheilkindergarten o.ä. ist.

.....

**Wenn das Kind nicht zur Schule/Vorschule geht, können bitte bei Frage 19 fortfahren!**

18. Das Kind besucht zur Zeit folgende Schule/folgenden Schultyp:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grundschule                 | <input type="checkbox"/> Hauptschule                                      | <input type="checkbox"/> Realschule                               |
| <input type="checkbox"/> Gesamtschule                | <input type="checkbox"/> Gymnasium  | <input type="checkbox"/> Waldorfschule                            |
| <input type="checkbox"/> Förderschule für Lernen     | <input type="checkbox"/> Förderschule für soziales und emotionales Lernen | <input type="checkbox"/> Schule für Geistig Behinderte            |
| <input type="checkbox"/> Schule für Körperbehinderte | <input type="checkbox"/> Integrative Schule                               | <input type="checkbox"/> Schule im Rahmen einer Heimunterbringung |
| <input type="checkbox"/> andere Schulform:           | <input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein Internat                  |   |

Name der Schule:.....welche Klasse?.....

Name des Lehrers, der Lehrerin .....

19. Wie war die Schullaufbahn?

- eingeschult am: .....
- Vorschule besucht
- verspätete Einschulung wegen: .....
- vorzeitige Einschulung wegen: .....
- Wiederholung der Klasse, welche? .....
- Klasse übersprungen, welche? .....
- Schulwechsel im Jahre: .....
- zeitweise keine Schule besucht, von ..... bis ..... wegen .....

20. Geht das Kind gerne zur Schule?

- ja
- geht regelmäßig
- erscheint unterfordert
- erscheint überfordert
- hat keine Lust
- verspätet sich oft
- hat regelrecht Angst vor der Schule
- schwänzt die Schule
- fehlt oft wegen

.....  
.....

Was beanstanden/loben die Lehrer besonders an den Leistungen und/oder am Verhalten des Kindes? (Bitte in Stichworten.):

POSITIV: .....

NEGATIV: .....

**Falls Lern- und Leistungsschwierigkeiten bestehen, bitte die Beurteilung/das Zeugnis mitbringen!**



**IV. Freizeit – Freunde – Fähigkeiten**

21. Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu seinen Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?
- spielt mit den Kindern
  - hat 1 – 2 gute Freunde
  - hat keine Freunde
  - spielt überwiegend mit älteren Kindern
  - spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
  - hat Schwierigkeiten, weil.....
  - ist in einem Verein/Jugendgruppe.
- Wenn ja, welche/r? .....

22. Wie verbringt das Kind seine Freizeit?
- mit Freunden
  - beschäftigt sich mit.....
  - Fernsehen, wie viele Stunden täglich?.....
  - PC-Spiele, wie viele Stunden täglich?.....
  - Handy, wie viele Stunden täglich?.....
  - ist viel mit Erwachsenen zusammen
  - langweilt sich

**V Gründe der Vorstellung**

23. Was sind die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen?  
Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? (Bitte in Stichworten.)
- .....
- .....
- .....

24. Wann ist dieses Verhalten/sind diese Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?
- Ganz allmählich etwa mit ..... Jahren beginnend.
  - Plötzlich im Alter von ..... Jahren.

25. Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?
- Ja, welche?.....
  - Nein

26. Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens schon an andere Stellen gewandt (z. B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychologe, Haus- oder Kinderarzt, Schule, sonstige Stellen)?
- Ja                      Welche?                      Nein
- .....
- .....

27. Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? (z.B. Therapie, Beratung, Sozialpädagogische Erziehungshilfe, Förderung über §35a KJHG etc.)
- .....

28. Wer hat uns empfohlen? Mit welcher Erwartung?
- .....





*Bitte füllen Sie auch dieses Dokument aus!*

**Einverständniserklärung**

Dieses Einverständnis benötigen wir aus rechtlichen Gründen für den Fall, dass eine/r der Sorgeberechtigten zum Erstgespräch oder zur weiterführenden Behandlung nicht anwesend sein kann. Wir wünschen uns eine enge Zusammenarbeit mit Ihnen als Sorgeberechtigten, freuen uns über Ihre Teilnahme an den Diagnostik- und Therapiegesprächen und sind gern bereit, Ihnen als Sorgeberechtigten Auskunft über den Stand der Diagnostik und Therapie zu erteilen. Schweigepflichtentbindung und Einverständnis zu einer medikamentösen Behandlung müssen gesondert erteilt werden (siehe ggf. entsprechende Vordrucke).

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r einverstanden mit der

- ambulanten Diagnostik
- teilstationären Diagnostik / Behandlung
- stationären Diagnostik / Behandlung / Begutachtung **(nicht Zutreffendes bitte streichen!)**

meines Kindes

..... geb. am.....

in der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke.

Name und ggf. abweichende Anschrift des/der Sorgeberechtigten:

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift **aller** gesetzlich Sorgeberechtigten

