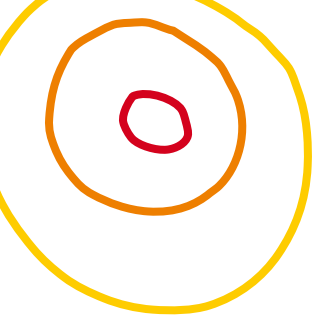




meditz

Medizinisches Diagnostik- und
Therapiezentrum Würzburg

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kinder- und Jugendmedizin
Psychiatrie
Psychotherapie
Neurologie

INFORMATIONSBOGEN

KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE

INFORMATIONEN ZUM KIND/JUGENDLICHEN

Name: Geburtstag: Geschlecht:

SEHR GEEHRTE ELTERN, SORGEBERECHTIGTE UND BEZUGSPERSONEN,

wir möchten alle Familienformen wertschätzend berücksichtigen und willkommen heißen. Falls Felder und Bezeichnungen für Ihre Familiensituation nicht passend sind, nutzen Sie bitte die Freifelder oder sprechen Sie uns an.

Für eine erfolgreiche Behandlung bitten wir Sie, uns vorab einige Informationen zu geben. Bitte beschreiben Sie kurz, was Sie in unsere Praxis geführt hat und welche Hilfe Sie sich zunächst wünschen:

WER IST AKTUELL SORGEBERECHTIGT FÜR DAS KIND? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

- ☐ zwei Sorgeberechtigte
- ☐ eine sorgeberechtigte Person
- ☐ Pflegeeltern
- ☐ Adoptiveltern
- ☐ Vormund / gesetzliche Betreuung
- ☐ Jugendamt / Einrichtung
- ☐ andere:



1. GAB ES IM SCHWANGERSCHAFTSVERLAUF KOMPLIKATIONEN?

☐ nein ☐ wenn ja, welche? _____

2. GAB ES WÄHREND DER SCHWANGERSCHAFT SCHÄDIGENDE EINFLÜSSE (Z.B. RAUCHEN, ALKOHOL, ERKRANKUNGEN, MEDIKAMENTENEINNAHME)?

☐ nein ☐ wenn ja, welche? _____

3. ZUR GEBURT

Alter der gebärenden Mutter
bei Entbindung

Jahre

Geburtstermin

Geburt in der
_____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht

_____ g

Körperlänge bei Geburt

_____ cm

☐ Brutkasten

Geburtsverlauf

☐ ungestört

☐ verlängert

☐ Sturzgeburt

☐ Kaiserschnitt

☐ Nabelschnurumschlingung

☐ Zange

☐ Vakuum/Saugglocke

☐ Sauerstoffmangel

☐ Sonstiges: _____

4. GAB ES KOMPLIKATIONEN NACH DER GEBURT?

Krankenhausaufenthalte des Kindes

☐ nein

☐ wenn ja, wegen? _____

DEPRESSION DER GEBÄRENDEN MUTTER NACH DER GEBURT ☐ nein ☐ ja

5. PROBLEME IN DER SÄUGLINGSZEIT (0-12 MONATE)

Hat das Kind viel geschrien?

☐ nein

☐ ja

Gab es Schlafprobleme?

☐ nein

☐ ja

Gab es Fütterprobleme?

☐ nein

☐ ja

☐ Sonstiges



6. MOTORIK UND SPRACHE

Grobmotorik

- ☐ normal
☐ auffällig _____
- _____
- _____
- _____

Laufalter Monate

Feinmotorik

- ☐ normal
☐ auffällig _____
- _____
- _____
- _____

Sprache

- ☐ normal
☐ auffällig _____
- _____
- _____
- _____

Erste Worte Monate

7. SAUBERKEIT

Ist Ihr Kind nachts und tagsüber trocken und sauber?

- ☐ ja, seit einem Alter von Jahren
- ☐ wenn nein, welche Probleme gibt es und in welcher Häufigkeit? _____
- _____

8. GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DER

HÖRFÄHIGKEIT?

9. GIBT ES AUFFÄLLIGKEITEN IN DER

SEHFÄHIGKEIT?

10. WELCHE FÖRDERMASSNAHME ODER THERAPIE ERHIELT/ERHÄLT IHR KIND?

- ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Psychologische Beratung/Erziehungsberatung
- ☐ Frühförderstelle ☐ (Schul-) psychologische Testungen > Ergebnis: _____
- _____
- ☐ Sonstiges
- _____
- _____



Falls Ihr Kind noch nicht die Schule besucht, bitte auf der nächsten Seite fortfahren

11. WURDE IHR KIND ZURÜCKGESTELLT?

- ☐ nein
☐ wenn ja, weil _____

12. BISHERIGER SCHULVERLAUF

13. DAS KIND BESUCHT ZURZEIT

Besuch der ☐ Grundschule ☐ Mittelschule ☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Klassenwiederholungen ☐ Sonstiges _____ _____ _____	Besuch einer Förderschule welche? _____ _____ _____ _____ _____ von _____ bis _____	Besuch der ☐ Förderschule ☐ Realschule ☐ Grundschule ☐ Gymnasium ☐ Mittelschule Klassenstufe ☐ Ausbildung _____ _____ _____ _____ ☐ Sonstiges _____ _____
Aktueller Leistungsstand Deutsch Mathe Englisch HSU 		

14. HAT IHR KIND SPEZIELLE SCHULELEISTUNGSSCHWIERIGKEITEN (RECHTSCHREIBEN/LESEN/RECHNEN)?

- ☐ nein
☐ wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme? _____

15. WIE LANGE DAUERN ÜBLICHERWEISE DIE HAUSAUFGABEN? STUNDEN



16. GAB ES SEIT DER GEBURT IHRES KINDES VERÄNDERUNGEN, DIE FÜR IHR KIND BEDEUTSAM GEWESEN SEIN KÖNNTEN (Z.B. TRENNUNGEN, TODESFÄLLE, UMZÜGE, ERKRANKUNGEN, KINDERGARTEN- ODER SCHULWECHSEL)?

☐ nein

☐ ja, welche? _____

17. GIBT ODER GAB ES ENTWICKLUNGSAUFFÄLLIGKEITEN, PSYCHIATRISCHE ODER NEUROLOGISCHE ERKRANKUNGEN IN DEN FAMILIEN VÄTERLICHER- ODER MÜTTERLICHERSEITS?

☐ väterlicherseits _____
(biologisch)

☐ mütterlicherseits _____
(biologisch)

18. Eltern

BIOLOGISCHER VATER	Alter
Name _____	

Schulabschluss _____	

Beruf _____	

berufstätig	
☐ ja, Stundenumfang/Woche	
☐ Schichtdienst	
☐ nicht berufstätig	

BIOLOGISCHE MUTTER	Alter
Name _____	

Schulabschluss _____	

Beruf _____	

berufstätig	
☐ ja, Stundenumfang/Woche	
☐ Schichtdienst	
☐ nicht berufstätig	

19. GIBT ES IN DER FAMILIE EINEN MIGRATIONSHINTERGRUND?

☐ nein

☐ ja, welches Familienmitglied? Seit wann in Deutschland? Aus welchem Ursprungsland?

20. HAT IHR KIND GESCHWISTER (ODER HALBGESCHWISTER)?

☐ nein

☐ ja, bitte angeben: Name, Geschlecht (m/w/d), Alter, Schulart, Ausbildung, Beruf, ggf. Erkrankungen

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____



21. BEI WEM LEBT DAS KIND?

FAMILIE

☐ bei den biologischen Eltern

☐ bei Bezugsperson 1
☐ m ☐ w ☐ d

☐ Trennung, wann?

☐ ggf. Scheidung, wann?

☐ aktuelle Partnerperson
☐ m ☐ w ☐ d

☐ bei Bezugsperson 2
☐ m ☐ w ☐ d

☐ aktuelle Partnerperson
☐ m ☐ w ☐ d

Welche Besuchsregelung?

☐ Residenzmodell

☐ Nestmodell

☐ Wechselmodell

☐ Sonstiges

☐ Sonstige Besonderheiten bei der Wohnsituation?

SONSTIGE

☐ in einer Pflegefamilie

seit wann

Name der Familie

☐ in einem Heim

seit wann

Name des Heims

☐ in einer Adoptivfamilie

seit wann

Name der Familie

Weiß Ihr Kind von der Adoption?

☐ ja

☐ nein

22. BETREUUNGSSITUATION

Fremdbetreuung, seit wann (Lebensalter)?

Durch wen?

Name der Einrichtung

Von wann bis wann?

☐ Kinderkrippe

☐ Tagesmutter

☐ Kindergarten

☐ Förderkindergarten/SVE

☐ Mittagsbetreuung/HPT

☐ andere Bezugspersonen
(z.B. Großeltern)



23. HAT IHR KIND KONZENTRATIONSPROBLEME?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, wie machen sich diese bemerkbar? _____
- _____

24. IST IHR KIND HÄUFIG SEHR UNRUHIG, UNGEDULDIG ODER IMPULSIV?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, wie/in welchen Situationen macht sich das bemerkbar? _____
- _____

25. HAT IHR KIND SOZIALE PROBLEME?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, welche (z.B. aggressiv, unsicher, Außenseiter, wenig Freunde o.ä.)? _____
- _____

26. IST IHR KIND HÄUFIG ÄNGSTLICH?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, wovor oder in welchen Situationen zeigt sich dies? _____
- _____

27. IST IHR KIND HÄUFIG NIEDERGESCHLAGEN, UNGLÜCKLICH, WEINT ES OFT?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, kennen/vermuten Sie den Grund? _____
- _____

28. IST IHR KIND HÄUFIG WÜTEND?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, in welcher Situation? _____
- _____

29. ZEIGT IHR KIND VERHALTENSWEISEN, DIE IHNEN „ZWANGHAFT“ VORKOMMEN (Z.B. BESTIMMTE DINGE MÜSSEN IHREN GENAUEN PLATZ HABEN, HÄUFIGES HÄNDEWASCHEN, KONTROLLE VON SCHALTERN O.Ä.)?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, welche Verhaltensweisen finden Sie auffällig? _____
- _____

30. HABEN SIE AN IHREM KIND BEWEGUNGEN ODER LAUTE BEOBACHTET, DIE WIE EIN „TIC“ WIRKEN UND DIE IHR KIND NICHT ZU KONTROLLIEREN VERMAG (Z.B. „ZUCKEN“ IM GESICHT, KOPFBEWEGUNGEN, SCHNÜFFELN ODER RÄUSPERN O.Ä.)?

- ☐ nein
- ☐ wenn ja, welche Bewegungen oder Laute treten auf? _____
- _____



31. GAB/GIBT ES VORERKRANKUNGEN (Z.B. DIABETES, ASTHMA, EPILEPSIE, NAHRUNGSUNVERTRÄGLICHKEITEN, ALLERGIEEN)?

☐ nein

☐ wenn ja, welche? _____

32. NIMMT IHR KIND REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

☐ nein

☐ wenn ja, welche? _____

33. GAB ES BEI IHREM KIND IRGENDWANN EINMAL EINEN KLINIKAUFENTHALT, Z.B. WEGEN EINES UNFALLS, EINER OPERATION, EINER SCHWEREN ERKRANKUNG?

☐ nein

☐ wenn ja, wann, wie lange und warum? _____

34. GIBT ES BESONDERHEITEN BEIM

ESSVERHALTEN? ☐ nein

☐ wenn ja, welche?

SCHLAF? ☐ nein

☐ wenn ja, welche?

ANTRIEB? ☐ nein

☐ wenn ja, welche?

GIBT ES KÖRPERLICHE BESCHWERDEN?

☐ Bauchschmerzen

☐ Übelkeit

☐ Kopfschmerzen

☐ Rückenschmerzen

☐ Sonstiges

VIII. FREIZEITGESTALTUNG



35. WOMIT VERBRINGT IHR KIND GERNE ZEIT?

36. BESTEHT EINE REGELMÄSSIGE FREIZEITAKTIVITÄT (Z.B. IM VEREIN O.Ä.)?

37. WIE OFT TRIFFT SICH IHR KIND IN DER WOCHE SCHÄTZUNGSWEISE MIT FREUNDEN?

38. WOMIT VERBRINGEN SIE MIT IHREM KIND GEMEINSAME ZEIT?

39. WELCHE ELEKTRONISCHEN MEDIEN (FERNSEHEN/PC/TABLET/SPIELKONSOLEN ETC.) NUTZT IHR KIND, WIE LANGE?

IX. STÄRKEN IHRES KINDES



40. WAS SCHÄTZEN SIE AN IHREM KIND?



41. WAS SCHÄTZEN FREUNDE/INNEN AN IHREM KIND?

ANMERKUNGEN

Gibt es etwas, was Sie uns nach der Bearbeitung dieses Informationsbogens noch mitteilen wollen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

WIR FREUEN UNS AUF IHR KOMMEN.



meditz

**Medizinisches Diagnostik- und
Therapiezentrum Würzburg**

Kinder- und Jugendpsychiatrie
Kinder- und Jugendmedizin
Psychiatrie
Psychotherapie
Neurologie

Frankfurter Straße 15a
97082 Würzburg
Telefon 0931 – 322 966
Telefax 0931 – 322 968 8

www.meditz-wuerzburg.de

meditz GmbH, MVZ, Geschäftsführer: Dr. med. Klaus-Ulrich Oehler, Dr. med. Martin Klein, Dr. med. Jakob Metz,
Amtsgericht Würzburg: HRB 16054