

Françoise Thierfelder
Fachärztin für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie

Dorotheenstr.137 22299 Hamburg Tel 040-636 755 88 Fax 040-636 755 89 www.kjp-kunst.net

ANMELDUNG für

Vorname	Nachname		
<hr/>			
geb. am	Adresse: Strasse, Nr.	Postleitzahl	Ort

Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig. Sollten Sie zu einigen Punkten keine Angaben machen wollen, dann füllen Sie bitte die Felder mit k.A. (keine Angabe) aus, anstatt Felder freizulassen. Wir können dann im persönlichen Gespräch darauf zurückkommen.

Geburtsort:

Name der Kinderärztin/des Hausarztes mit Tel.:

Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig. Bei Fragen, zu denen Sie keine Angaben machen möchten oder nur im Elterngespräch thematisieren möchten, notieren Sie einfach k.A. (damit ich weiss, dass Sie die Frage nicht übersehen haben).

Vorstellungsanlass: beschreiben Sie Ihre Bedenken und die Schwierigkeiten des Kindes:

Seit wann bestehen die aktuellen Beschwerden/die Symptomatik? Wann dachten/fühlten Sie erstmal, dass die Entwicklung ihres Kindes (von der erwarteten Norm) abweicht. Vermuten Sie einen Auslöser? Bitte beschreiben.

Waren Sie bereits mit Ihrem Kind oder einem (Halb-)Geschwister in dieser Praxis in Behandlung
 Nein Ja, bitte Name, Vorname des (Halb-)Geschwisterkindes:

Welches Gefühl/welche Gefühle macht/machen Ihrem Kind am meisten zu schaffen oder beeinträchtigt die Lebensqualität Ihres Kindes oder die der Familie am meisten?

- Angst/Panikattacken Trauer/Traurigkeit Wut, Zorn Hass Neid Ekel, Übelkeit
 Scham Schuld Verachtung innere Anspannung/Unruhe abgestumpftes Erleben
 zwanghafte Handlungen oder Gedanken Albträume/wiederkehrende Träume Verachtung
 ständiges Grübeln/Wiederkehrende Gedanken

Sonstiges: _____

Was macht Ihr Kind bei Angst? Wie oder woran merken Sie, wenn Ihr Kind Angst hat?

Eltern/Sorgeberechtigte/Adoptiv-Eltern/Pflegeeltern:

Mutter: Name, Vorname

Höchster (Hoch-)Schulabschluss

derzeitiger Beruf

Derzeitige berufliche Situation: Zutreffendes bitte einkreisen:

ganztags erwerbstätig - teilzeitbeschäftigt - Schichtarbeit - Berentet - im Haushalt tätig -
arbeitssuchend - in Ausbildung/Umschulung - Sonstiges: _____

Beschreiben Sie die Beziehung des Kindes zur Mutter:

Vater: Name, Vorname

Höchster (Hoch-)Schulabschluss

derzeitiger Beruf

Derzeitige berufliche Situation: Zutreffendes bitte einkreisen:

ganztags erwerbstätig - teilzeitbeschäftigt - Schichtarbeit - Berentet - im Haushalt tätig -
arbeitssuchend - in Ausbildung/Umschulung - Sonstiges: _____

Beschreiben Sie die Beziehung des Kindes zum Vater:

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

verheiratet geschieden zusammen lebend verwitwet getrennt lebend

Mein/unser Kind wohnt (überwiegend) bei:

beiden Eltern Mutter Vater Pflegeeltern Adoptiveltern
 Sonstige:

Welche weiteren erwachsene Bezugspersonen oder Sorgeberechtigte sind sehr wichtig für das Kind?

betrifft Personen, die mit dem Kind leben oder es mitversorgen, mitbetreuen oder gefühlt wichtig sind, z.B. LebenspartnerInnen der Mutter/des Vaters, Stiefmutter, Stiefvater, Großeltern, Nanny etc.

Wie ist das emotionale Verhältnis zu diesen Personen?

Erkrankungen in der Familie

Gibt es **körperliche, akute oder chronische oder genetische Erkrankungen** in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.)?

nein ja wenn ja, welche Erkrankungen und bei wem?

Gibt oder gab es psychische Erkrankungen in der Familie (bei Eltern, Geschwister, Großeltern etc.)?

zB. Selbsttötung(sversuche), Suchterkrankungen, Nervenzusammenbruch, Klinikaufenthalte in der Psychiatrie/ Psychosomatik, Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung etc.

nein ja wenn ja, wer ist/war betroffen und mit welcher Erkrankung?

Geschwister

alle leiblichen, Halb-, und Stiefgeschwister und zusätzlich alle weiteren im Haushalt dauerhaft lebenden Kinder, ggf Rückseite benutzen

Name, Vorname Geb. Datum Klasse/Beruf **Auffälligkeiten?** emotional, körperlich, schulisch

1. _____
2. _____
3. _____

Erkrankungen und Vorerkrankungen Ihres Kindes:

Hatte Ihr Kind im letzten halben Jahr oder länger häufig körperliche Beschwerden?

zB Kopfweh, Bauchweh, Übelkeit, hohe Infektanfälligkeit, Probleme mit irgendeinem Organ wie Herz, Lunge, Haut, Gelenken usw

nein ja, wenn ja, welche: _____

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung?

nein ja, welche: _____

ja, seit: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

nein ja, welche (Name des Präparates und Dosierung)

Allergien und/oder Medikamentenunverträglichkeit:

nein ja, und zwar auf: _____

mit folgender Reaktion: _____

Krankenhaus- und Kuraufenthalte

nein

ja; wenn ja: Name Krankenhaus, in welchem Alter, für welche Dauer und wofür? zB Operationen, Schädelhirntrauma, Gehirnhautentzündungen, Mutter-Kind-Klinik oder -Kur?

Schwangerschaft

künstliche Befruchtung: Ja Nein

Anzahl (vorausgegangener) Schwangerschaften: ____ Schwangerschaftsunterbrechungen: _____

Anzahl und Zeitpunkt: Fehlgeburten _____ Totgeburten: _____

Gab es Schwangerschaftskomplikationen?

Nein Ja, wenn ja, welche?

Wie haben Sie als Mutter/Eltern die Schwangerschaft erlebt (körperlich, seelisch und in der Beziehung zum Vater/PartnerIn)?

Vorkommnisse während der Schwangerschaft Zutreffendes einkreisen

Trennung vom Vater/Partner - Gewalterfahrung - Krankenhausaufenthalte - Erkrankungen/Todesfälle

Nahestehender - starke berufliche Belastung - Pläne, das Kind nicht auszutragen/zur Adoption freizugeben - Fantasien, das Kind ruiniert Ihre Partnerschaft, ihren Lebensplan überwogen- Sonstiges Bitte beschreiben:

Hatten Sie jemals kaum oder nicht bewältigbare Angst, während der Schwangerschaft Ihr Kind zu verlieren oder mit einem `Defekt` zur Welt zu bringen? Wenn ja: beschreiben Sie Art und Ausmaß der Bedenken oder Ängste. Unternahmen Sie etwas wegen dieser Ängste? ggf. was?

Geburt (bitte dem gelben Vorsorgeheft entnehmen): Alter der Mutter bei Geburt: _____
Geburt erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche
 Vaginalgeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange Gelbes Heft: Apgar-Werte: __/__/__

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang (s.a. U2) : _____

Gab es Komplikationen bei der Geburt?

nein ja, folgende:

Wie haben Sie/die Eltern die Geburt erlebt?

Frühkindliche Entwicklung

Stillen:

nein, weil: _____

ja, bis zum Alter von: _____ Monaten.

Besonderheiten beim Stillen?

nein ja, folgende:

Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr (Zutreffendes ankreuzen; mehrere Antworten möglich):

- keine ja, folgende (bitte ggf. unten genauer beschreiben):
- Viel Schreien Ein-/Durchschlafstörungen Blickkontakt vermeidend
- Fütter-/Gedeihstörungen Körperkontakt vermeidend Unfokussiert
- emotionaler Kontakt zum Baby war schwierig Bindungsaufbau dauerte zu lange
- überempfindlich gegenüber Sinneseindrücken (z.B. Licht, Geräusche, Berührungen)
- Sonstige Bedenken: _____

Hatte die Mutter (oder die Haupt-Bezugsperson des Kindes) eine **Depression oder depressive Phase nach der Geburt des Kindes, bzw seit Geburt des Kindes?**

nein unbekannt ja, und das Kind war zwischen _____ bis _____ Lebensmonat alt

Außerhäusliche Betreuung des Kindes ist/war bisher:

Krabbelgruppe Tagesmutter! Krippe (Integrations)kindergarten andere: _____
Beginn Besuch im Alter von _____ bis _____ Monaten/Jahren

Auffälligkeiten während dieser außerhäuslichen Betreuung?

nein, keine

ja und zwar (Zutreffendes bitte einkreisen):

Trennungsangst - Kontaktstörungen - Spielstörungen - sehr unruhiges Verhalten - Aggression

Sonstiges: _____

Weitere Entwicklung: (Zutreffendes bitte jeweils einkreisen bzw ankreuzen)

Sprachentwicklung

unauffällig

erste *Worte* mit: _____ Monaten erste *2-Wort Sätze* mit: _____ Monaten

bei Mehrsprachigkeit: Muttersprache: _____ weitere Sprachen: _____

spricht nicht spricht nicht (mehr) seit: _____

spricht nicht in folgenden Situationen (bitte beschreiben):

Sprach- und Sprech-Entwicklung auffällig, und zwar mit (Zutreffendes bitte einkreisen):

Aussprachefehler - geringer Wortschatz - grammatikalische Auffälligkeit - scheint nicht zu verstehen, was man meint - zeigt nicht auf Gegenstände, um Sie Ihnen zu zeigen - seltsame Wortneuschöpfungen - stereotype Wiederholungen von Wörtern oder Sätzen - benutzt Sprache nicht ausreichend interaktiv mit anderen Menschen

Motorische Entwicklung:

unauffällig

Krabbeln mit ca _____ Monaten Laufen mit ca _____ Monaten weiß nicht mehr

Grobmotorische Auffälligkeit, und zwar mit Folgendem:

verzögerte Grobmotorikentwicklung - motorisch ungeschickt

Feinmotorik: Hand-Fingermotorik ist: unauffällig auffällig: ungeschickt - verkrampt

Händigkeit: rechts links wechselnd weiß nicht noch keine Handdominanz erkennbar

Sauberkeitsentwicklung:

unauffällig hat noch Windeln

Trocken für mehr als 6 Monate durchgehend während

des **Tages** mit _____ Monaten, Trocken in der **Nacht** mit _____ Monaten

Sauberkeitsentwicklung nach dem 4. Lebensjahr:

Einnässen nein Ja, an ca. _____ Tagen pro Woche nachts tagsüber

Einkoten nein Ja, an ca. _____ Tagen pro Monat schmiert mit Kot

Hörschwäche: keine ja, diagnostiziert im Alter von _____ Monaten

Eine HNO-/Pädaudiologische Untersuchung ist erfolgt:

nein ja, bei: _____ letztmalig am: _____

Ergebnis: Normalbefund/unauffällig kein Normalbefund (Ergebniskopie bitte mitbringen)

Sehschwäche: nein ja, Brille seit dem Alter von _____ Monaten/Jahren.

Eine Augenärztliche Untersuchung erfolgte letztmalig mit _____ Monaten/Jahren

Krampfanfälle

keine, nie gekrampt ja, Krämpfe nur mit Fieber (erstmalig im Alter von: _____)

Krämpfe ohne Fieber ja, erstmalig mit _____ Monaten, letztmalig am _____

Bei bekanntem Krampfleiden:

Name & Tel. der mitbehandelnden Ärztin/Arztes: _____

Spielkontakte derzeit: spielt bevorzugt mit:

Gleichaltrigen Jüngeren Älteren bevorzugt Erwachsene

hat kaum Kontakt mit Kindern

Das Spielverhalten meines Kindes finde ich auffällig. Beim Spiel meines Kindes fällt mir auf, dass:

Bindung, Trennung, Trauma:

Gab es längere Trennungen von wichtigen Bezugspersonen?

nein ja, im Alter von _____ Wie lange? _____

Warum? _____

Mein Kind hat folgende (potentielle) Traumatisierung erlebt (Zutreffendes bitte einkreisen):

rein körperliche Gewalt - zusätzlich sexuelle Gewalt - war Zeuge von Gewalt an anderen - viele schmerzhaft-ärztliche Eingriffe - konnte eine Zeitlang nicht altersgerecht körperlich und/oder emotional versorgt werden:

nein, hat ganz sicher nichts davon erlebt

weiss nicht vermutlich

ja, und zwar im Alter von ca. _____ passierte Folgendes (bitte beschreiben):

Krippe/Kindergarten:

nein, keine Eingliederungsversuch(e) war(en) noch nicht erfolgreich

Name der Betreuungseinrichtung: _____

Name der Bezugserzieherin/Tagesmutter: _____

Auffälligkeiten in Krippe/Kindergarten:

ja, und zwar Folgendes (Zutreffendes bitte einkreisen):

Aggression - Trennungsangst - Konzentrationsstörungen - Kontaktstörungen - sehr unruhiges Verhalten - Verweigerung/sehr oppositionell - wird ausgegrenzt - sozialer Rückzug - Spielverhalten

Sonstiges bitte beschreiben:

Regelmäßige außerfamiliäre Aktivitäten (zB Sport, Musikunterricht, Gruppe):

nein, keine ja, und zwar (bitte beschreiben):

Vorbehandlungen

Bisherige Inanspruchnahme von Hilfen

Bitte geben Sie jeweils den Zeitraum „von-bis“ an, für welchen Zeitraum die Hilfe in Anspruch genommen wurde:

Name TherapeutIn und/oder Einrichtung & von---bis

Kinder- und JugendpsychotherapeutIn: _____

Kinder- und JugendpsychiaterIn: _____

Eltern-Kind-Klinik/-Kur: _____

WOI/Flehmgig oder andere Institute: _____

Frühförderung: _____

Ergotherapie: _____

Krankengymnastik/Physiotherapie: _____

Logopädie/Sprachförderung: _____

Erziehungsberatungsstelle: _____

Gesundheitsamt/Sozialamt: _____

Familienberatung/Paarberatung: _____

Jugendamt/ASD: _____

Sonstiges (zB HeilpraktikerIn): _____

Bitte von den o. g. Institutionen jeweils die Berichtskopien mitbringen oder an die Praxis senden lassen: einen Vordruck zur Schweigepflichtsentbindung können Sie hierzu von meiner Webseite www.kjp-kunst.net herunterladen (ggf. erhalten Sie die Berichte von Ihrem Kinderarzt).

Die Stärken Ihres Kindes: was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders gut? Was kann es gut?

Hamburg, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/R

Unterschrift Sorgeberechtigte/R

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

