

Rheinhessen-Fachklinik Mainz
Kinder- und Jugendpsychiatrie, -
psychotherapie und –psychosomatik (KJP)
Hartmühlenweg 2-4, 55122 Mainz
Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss
Telefon: 06131/378-2000 Fax:-2830

Praxisstempel

Fragebogen

1. Patientendaten

Nachname: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
PLZ, Wohnort: _____ Tel./Fax: _____
Straße: _____ Staatsangehör.: _____
Kontakt E-Mail: _____

2. Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

(Verwenden Sie bitte ggf. ein gesondertes Blatt)

Wir wünschen eine stationäre Aufnahme für den o.g. Patienten ja nein unsicher

Sonstiges: _____

Kreuzen Sie bitte an, auf welchem Gebiet die Störungen liegen:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Wachstum / Fehlbildung | <input type="checkbox"/> Sehvermögen | <input type="checkbox"/> Adoptivkind |
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung / Bewegung | <input type="checkbox"/> Verhalten | <input type="checkbox"/> Pflegeverhältnis |
| <input type="checkbox"/> geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Schulleistungen | <input type="checkbox"/> Trennungsproblematik |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Schulangst/-verweigerung |
| <input type="checkbox"/> Hörvermögen | <input type="checkbox"/> Ernährung | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ |

Wie alt war Ihr Kind als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

3. War das Kind bereits bei uns in Behandlung? ja nein

5. Liegt bei dem Kind eine Immunschwäche vor, z. B. durch Medikamente?

4. War ein Angehöriger Ihrer Familie bereits in der Rheinhesse-Fachklinik Mainz in Betreuung?

ja nein

ja nein

6. Sind gegenwärtig ansteckende Keime bekannt, z. B. MRSA

Wenn Ja, wer (Name, Vorname):

ja nein

7. Angaben zum Versicherungsstatus

Krankenkasse /-versicherung:

Stadt:

Nr. der Krankenkassenkarte:

Kassen-Nr.:

Über wen ist das Kind versichert?

8. Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater
Nachname		
Vorname		
Geburtsdatum		
PLZ, Wohnort		
Straße		
Telefon (wichtig) /ggf. FAX mobil		

	Mutter	Vater
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		

Sind die Eltern:

verheiratet unverheiratet geschieden getrennt lebend
 verwitwet

Sorgeberechtigt ist / sind Vater Mutter Pfleger

Sind Sie mit den Wohnverhältnissen zufrieden?

ja nein Wenn nein, warum?

9. Nennen Sie bitte die Namen Ihrer Kinder (einschl. Patient, auch evtl. verstorbene Kinder)

Name	Geburtsdatum	Evtl. Bemerkungen

10. Zuweisender Arzt bzw. zuweisende Stelle:

Name: _____ Telefon: _____

PLZ Ort: _____

Straße: _____

11. Bisherige oder laufende Untersuchungen/Behandlungen? (Bitte ankreuzen)

- Psychologie Ergotherapie Frühförderung
 Logopädie Physiotherapie andere Behandlungen

Anschrift des Therapeuten	Datum: Anfang - Ende	Aus welchem Anlass?

12. Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt? (Bitte genaue Anschrift angeben)

Ärzte	Name, PLZ, Ort, Straße, Telefon	Wann?
Kinderarzt		
Kinder- u. Jugendpsychiater		
Neurologe		
Augenarzt		
Orthopäde		
Poliklinik		
Hals-, Nasen-, Ohrenarzt		
Hausarzt		
Weitere Ärzte		

13. Bekannte Diagnosen

14. Stationäre Behandlungen?

- Nein Ja

Krankenhausanschrift	Datum: Anfang - Ende	Wegen welcher Erkrankung?

15. Bisherige medizintechnische Untersuchungen: (Bitte ankreuzen)

Untersuchungen	Wann zuletzt?	Einrichtung Name und Ort
<input type="checkbox"/> Hörprüfung		
<input type="checkbox"/> Sehprüfung		
<input type="checkbox"/> Röntgen		
<input type="checkbox"/> Computertomografie		
<input type="checkbox"/> Kernspintomographie		
<input type="checkbox"/> Ultraschall		
<input type="checkbox"/> EEG		
<input type="checkbox"/> Andere		

16. Hat Ihr Kind Hilfsmittel? (Bitte ankreuzen)

- Brille Spezialrad Rollstuhl Rollator Sonstiges
 Hörgerät Orthesen Spezialbett Stehständer

Bitte beschreiben:

17. Erhält Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Medikamentenname:	Dosierung:			
	morgens	mittags	abends	nachts

18. Hat Ihr Kind Unverträglichkeiten / Allergien gegen ein Medikament oder Substanzen (z. B. Latex):

- Nein
 Ja Wenn Ja welche?

19. Fragen zu Kindern mit Krampfanfällen

Wann trat der erste Anfall auf?
Datum: _____

Wann trat der letzte Anfall auf?
Datum: _____

Beschreiben Sie bitte die Anfälle (Art, Datum und Uhrzeit, Dauer, Häufigkeit)

20. Fragen zur Familienvorgeschichte:

Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Bei wem?

Sind die Eltern des Patienten blutsverwandt?

- Nein
 Ja Wie?

21. Krankheiten oder Störungen in der näheren oder weiteren Familie?

Bei wem? (Bitte ankreuzen)

Erkrankung:	Wer:
<input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand	
<input type="checkbox"/> Sehstörungen / Taubheit	
<input type="checkbox"/> Spastische oder andere Lähmungen	
<input type="checkbox"/> Krampfanfälle(Epilepsie)	
<input type="checkbox"/> Asthma, Allergie, Ekzem	
<input type="checkbox"/> Fehlbildungen	
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	
<input type="checkbox"/> Depression	
<input type="checkbox"/> Angsterkrankung	
<input type="checkbox"/> Psychose	
<input type="checkbox"/> Suchterkrankung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

22. Fragen zur Schwangerschaft

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind? Anzahl: _____

Wurde die Schwangerschaft durch eine medizinische Maßnahme herbeigeführt?

- Nein
 Ja Welche?

Hatte die Mutter Fehlgeburten? ja nein

Wie viele? _____ im Jahr Totgeburt

Besonderheiten während der Schwangerschaft: (Bitte ankreuzen)

	Monat		Monat
<input type="checkbox"/> Blutung	_____	<input type="checkbox"/> Unfälle	_____
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	_____	<input type="checkbox"/> Kontakte zu Giften	_____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	_____	<input type="checkbox"/> Operationen	_____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	_____	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen	_____
<input type="checkbox"/> Ödeme (geschw. Beine)	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Eiweiß im Urin	_____	<input type="checkbox"/> Röntgenuntersuchungen	_____
<input type="checkbox"/> seelische Belastung	_____	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	_____
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	_____	<input type="checkbox"/> Zigaretten	_____
<input type="checkbox"/> Alkohol	_____	<input type="checkbox"/>	_____

23. Fragen zur Geburt

(Sehen Sie dazu bitte Seite 1 des Vorsorgeuntersuchungsheftes U1)

Wo wurde das Kind geboren

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus Anschrift / Telefonnummer der Entbindungsklinik:	<input type="checkbox"/> zu Hause
---	-----------------------------------

War die Geburt: rechtzeitig zu früh zu spät, welche Schwangerschaftswoche _____

Wann war der errechnete Geburtstermin? Datum: _____

War der Blasensprung mehr als 6 Stunden vor der Geburt? Ja Nein

Dauer der Geburt:

Dauer der Geburt insgesamt _____

Dauer der Presswehen _____

Entbindungsbesonderheiten

Spontan geplanter Kaiserschnitt Saugglocke
 Geburtszange Notkaiserschnitt

Gab es Komplikationen? (z. B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, Nachgeburt)

Bestand eine Zwillings-, Mehrlingsschwangerschaft?

nein
 ja Wenn ja, war das Kind der erstgeborene Zwilling oder
 der zweitgeborene Zwilling

24. Fragen zum Neugeborenen

Geburtsgewicht: _____ Gramm **Länge** _____ cm **Kopfumfang** _____ cm

War eine Beatmung notwendig? Ja Nein

Hat das Kind sofort geschrien? Ja Nein

Wie waren die APGAR-Werte nach der Geburt?

1 Min. nach Geburt _____ 5 Min. nach Geburt _____ 10 Min. nach Geburt _____

Bestanden Auffälligkeiten beim Kind?

Nein
 Ja Wenn ja, welche? _____

25. Wurde Ihr Kind nach der Entbindung verlegt?

Warum? _____

In welche Klinik? Adresse: _____

26. Hatte Ihr Kind in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Gelbsucht
<input type="checkbox"/> Blutgruppenuaustauschtransfusion	<input type="checkbox"/> Krämpfe
<input type="checkbox"/> Atemstörungen	<input type="checkbox"/> Infektionen
<input type="checkbox"/> Trinkschwäche	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

27. Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung):

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein
 Ja Wenn ja, wie lange?

Breikost erhielt Ihr Kind ab: Monat
 Feste Nahrung erhielt Ihr Kind ab: Monat

Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung)

Besonderheiten: (z.B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung grober Kost, Neigung zum Erbrechen):

28. Bisherige kindliche Entwicklung

	Monat		Monat
Lächeln	<u> </u>	Hochziehen zum Stehen	<u> </u>
Greifen	<u> </u>	Erste Worte	<u> </u>
Drehen	<u> </u>	Erste kurze Sätze	<u> </u>
Robben	<u> </u>	Selbständig Essen	<u> </u>
Krabbeln	<u> </u>	Selbständig Anziehen	<u> </u>
Freies Sitzen	<u> </u>	Sauber, Nachts	<u> </u>
Freies Gehen	<u> </u>	Erster Zahn	<u> </u>

Besonderheiten:

Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand / Rückschritt gegeben? Und in welchen Bereichen?

29. Frühere Erkrankungen, Kinderkrankheiten (bitte ankreuzen)

	Jahr		Jahr
<input type="checkbox"/> Masern	<u> </u>	<input type="checkbox"/> Keuchhusten	<u> </u>
<input type="checkbox"/> Scharlach	<u> </u>	<input type="checkbox"/> Röteln	<u> </u>
<input type="checkbox"/> Mumps	<u> </u>	<input type="checkbox"/> Fieberkrämpfe	<u> </u>
<input type="checkbox"/> Windpocken	<u> </u>	<input type="checkbox"/> Lungenentzündungen	<u> </u>
<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung	<u> </u>	<input type="checkbox"/> Unfälle	<u> </u>
<input type="checkbox"/> Pseudocroup	<u> </u>	<input type="checkbox"/> Dreitagefieber	<u> </u>
<input type="checkbox"/> Schädelverletzungen	<u> </u>	<input type="checkbox"/> sonstiges	<u> </u>

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

30. Impfungen: Bitte legen Sie eine Kopie des Impfpasses bei.

Gab es Unverträglichkeiten? ja nein

31. Vegetative Funktionen / Verhaltensauffälligkeiten

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> Wutanfälle | <input type="checkbox"/> Unruhezustände |
| <input type="checkbox"/> Autoaggressionen | <input type="checkbox"/> Nägelbeißen | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen |
| <input type="checkbox"/> Stottern | <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Verstopfung | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Zähne knirschen | <input type="checkbox"/> Daumen lutschen / Schnullern | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Stehlen | <input type="checkbox"/> Zündeln | <input type="checkbox"/> Lügen |
| <input type="checkbox"/> Masturbieren | <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln |

Bitte beschreiben? _____

32. Fragen zur sozialen Entwicklung des Kindes

Welche Einrichtungen hat Ihr Kind besucht / besucht Ihr Kind?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Regelkindergarten | <input type="checkbox"/> Sonderschule |
| <input type="checkbox"/> Sonderkindergarten | <input type="checkbox"/> Grundschule |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrippe | <input type="checkbox"/> Hauptschule |
| <input type="checkbox"/> Kinderhort | <input type="checkbox"/> Weiterführende Schule |

Name der Schule/des Kindergartens: _____

Klasse: _____

Lehrer/in; Erzieher/in, Tel.: _____

33. Wer betreute das Kind überwiegend im

1. Lebensjahr: _____ 2. / 3. Lebensjahr _____
anschließend: _____

Lebte das Kind zeitweise in einem Heim? nein ja Wann /Wo _____

Ist Ihr Kind ein Adoptivkind /Pflegekind? nein ja _____

Lebte oder lebt das Kind in einer Pflegefamilie? nein ja Wann /Wo _____

34. Haben Sie gesetzliche Hilfen in Anspruch nehmen können?

- Jugendamt Versorgungsamt Finanzamt Sozialamt

Ansprechpartner im Jugendamt; Tel.: _____

35. Ist der sog. "Grad der Behinderung" (GdB) festgestellt worden?

Wenn ja: _____ GdB? und welche Bezeichnungen? B, H, G, aG, RF

36. Einstufung bei der Pflegeversicherung? _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter Vater Anderen

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Vorstellung in der Rheinhessen-Fachklinik Mainz einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift eines Sorgeberechtigten