



Praxisfragebogen

Datum: _____

Name (Patient/-in): _____ geb. am: _____

♦ Haus-/Kinderarzt: _____

leibliche Eltern:

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Mutter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Wochenstunden: _____

Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Wochenstunden: _____

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen?

leibl. Mutter leibl. Vater Adoptivmutter Adoptivvater

Stiefmutter Stiefvater Pflegemutter Pflegevater

andere _____

„Ersatzeltern“ (z. B. Stief-, Adoptiv-, Pflegeeltern, Erziehungsstellen):

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Wochenstunden: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Wochenstunden: _____

♦ Kontakte zur leiblichen Mutter

wie oft? _____

♦ Kontakte zum leiblichen Vater

wie oft? _____

Kinder im gleichen Haushalt:

Vorname, Name	Geburtsjahr	leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptivgeschwister

Geschwister in einem anderen Haushalt:

Vorname, Name	Geburtsjahr	leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptivgeschwister

Welche Erwachsenen haben noch erzieherischen Einfluss oder sind wichtig für das Kind?

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

- ◆ Umzüge, Änderung in der Zusammensetzung der Lebensgemeinschaft, Schulwechsel, Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme eines Elternteils, Tod naher Angehöriger, schwere Krankheit, etc.

Ereignis	Wann?

Vorgeschichte:

Frühe Entwicklung:

- ◆ Besonderheiten in der Schwangerschaft, bei der Geburt und im 1. bis 3. Lebensjahr:

- ◆ freies Laufen mit ____ Monaten
- ◆ erste Worte mit ____ Monaten
- ◆ nachts trocken mit ____ Monaten
- ◆ sauber mit ____ Monaten
- ◆ Gab es Besonderheiten in der Entwicklung des Sprechens oder der Bewegung?

Ernste Erkrankungen des Kindes: (Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen, Allergien)

Welche Erkrankung?	Wann?	Wo behandelt?

- ◆ Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall ja nein
- ◆ Welche Medikamenten werden aktuell eingenommen?

- ◆ Seelische Belastungen, Krisen oder schwere Erkrankungen in der Familie

Lebenswelt:

Kindergarten/Schule:

♦ Besonderheiten in der Kindergartenzeit (Trennungsangst, Freunde, Integrativer Kindergarten, Wutanfälle):

♦ Besonderheiten in der Grundschulzeit (Förderschule, GU/GL-Kind):

Einschulung im Jahr _____

♦ aktuelle Schule: _____ Klasse: _____

Adresse: _____

Lehrer/-in: _____ ♦ Tel.: _____

OGS ja nein

Aktuelle Besonderheiten in der Schule:

Freizeit

Interessen des Kindes:

♦ Freunde: gleich alte jüngere ältere mehr Jungen mehr Mädchen

Anzahl: _____ zieht sich zurück ist Einzelgänger

♦ Freizeit: TV/ PC für _____ Stunden am Tag, Sport, Hobbys etc.:

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft? nein ja welche? _____

♦ Ernährung: (Lieblingsessen, viel Süßigkeiten, etc.)

Untersuchungen, Hilfen und Therapien:

Erziehungsberatung Jugendhilfe Schulpsychologischer Dienst

Sozialpädiatrisches Zentrum Kinder- und Jugendpsychiater/-in

Sprachtherapie Bewegungstherapie/Krankengymnastik Ergotherapie

Psychotherapie Medikamente Sonstige: _____

Wann? Warum? Bei wem?

Wir danken Ihnen für Ihre Geduld und Mühe, uns die vielen Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten oder Ergänzungen dürfen Sie uns gerne ansprechen oder weitere Notizen hinzufügen.

Ihr Praxisteam