

# Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis Kronshagen

Carolin Zeugke

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Fachärztin für psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Zertifizierte EMDR-Traumatherapeutin  
Eichkoppelweg 74, 24119 Kronshagen  
Tel.: 0431/22027-0 Fax: 0431/22027-29  
Email: praxis-zeugke@web.de

## Elternfragebogen

Zur Erstvorstellung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Sprechstunde

Name des Kindes..... Vorname.....  
Geburtsdatum..... Geschlecht:  weibl.  männl.  
Straße..... PLZ, Ort.....  
Telefon..... Handy.....  
Email.....  
Krankenkasse..... Vers.nehmer:.....  
Behandelnder Kinder-/Hausarzt:.....

Liebe Familien,

hinsichtlich der neuen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) vom 25.05.2018 möchten wir Sie darauf hinweisen, die anliegenden Unterlagen sorgfältig durchzulesen und zu unterschreiben.

**In dringenden Notfällen, wie massiver Eigengefährdung (z.B. Suizidalität) wenden Sie sich bitte umgehend an die für Sie zuständige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik (z. B. ZIP / Uniklinikum Kiel, Heliosklinikum Schleswig; Uniklinikum Lübeck).**

Nun beantworten Sie bitte die folgenden Fragen / kreuzen Zutreffendes an. Vielen Dank!

### 1. Welche Probleme führen Sie zu uns?

.....  
.....  
.....  
.....

Probleme vorwiegend:  zu Hause,  im Kindergarten/in der Schule,  
 besondere Ereignisse/ Unfälle

**2. Sind wichtige Vorerkrankungen in der Familie / bei dem Kind bekannt?**

(z.B. schwere chronische / psychische Erkrankungen)

.....  
.....

**3. Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen?**

.....

**4. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?**

ja  nein

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

.....

**5. Waren Sie schon einmal bei einem Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten oder einer entspr. Klinikabteilung?**

ja  nein

wenn ja, wo ?.....

ambulant  stationär

wann zuletzt?.....

**6. War / ist Ihr Kind schon einmal in folgenden Behandlungen gewesen?**

- Logopädie  Ergotherapie  Krankengymnastik  Frühförderung  Psychotherapie  
 andere Behandlungen

**7. Gibt es bereits eine Familienhilfe z.B. über das Amt für soziale Dienste?**

ja  nein

**8. Fragen zur Familie:**

Eltern:  getrennt lebend, seit .....  geschieden  verheiratet,  
 wieder verheiratet,  leben zusammen,  Elternteil verstorben

Welcher Staatsbürgerschaft gehören Sie an? .....

Gibt es Verständigungsprobleme?  ja  nein

Sprachmittler erforderlich?  ja  nein

Wer hat das Sorgerecht?  beide Eltern,  Mutter,  Vater,  Vormund

Gibt es Geschwisterkinder (auch Halbgeschwister)

..... geb.....  
.....  
.....

**9. Welche Stärken hat Ihr Kind?** .....

.....  
.....  
.....

**10. Welches Ziel / welche Erwartungen haben Sie?**.....

.....  
.....  
.....

**11. Von wem wurde dieser Fragebogen ausgefüllt?** .....

---

Ort, Datum und Unterschrift **aller** Sorgeberechtigten

**Nur für allein Sorgeberechtigte:**

Ich versichere hiermit, dass ich die/ der allein Sorgeberechtigte bin.

---

Ort, Datum und Unterschrift

**P.S. Um unser Terminmanagement/ Terminplanung zu optimieren, bitten wir Sie, uns mitzuteilen, an welchen Tagen (montags bis donnerstags) es für Sie/Ihr Kind am ehesten möglich ist, vormittags Termine wahrzunehmen (mehrere Möglichkeiten):**

Montag                       Dienstag                       Mittwoch                       Donnerstag