

Patientenfragebogen - Jugendliche(r)

Name _____ Geburtsdatum u. -ort _____

I. Familie

Eltern:

	Alter	Beruf	Familienstand	Kinder	Erkrankungen
Vater					
Mutter					

Wie ist dein Verhältnis zu deinen Eltern?

zur Mutter: gut mittel schlecht

zum Vater: gut mittel schlecht

Welche Probleme gibt es ? _____

Wieviel Zeit haben deine Eltern für gemeinsame Unternehmungen?

Mutter: viel wenig gar keine

Vater: viel wenig gar keine

Geschwister:

Name	Alter	Schule/Ausbildung	lebt bei	Erkrankungen

Wie ist dein Verhältnis zu deinen Geschwistern? gut mittel viel Rivalität und Streit

Mit welchen Geschwistern hast du am meisten Kontakt? _____

Mit welchen Geschwistern hast du Probleme/Konflikte? _____

Großeltern:

	Alter	Beruf	Familienstand	Kinder	Erkrankungen
Großvater mütterlicherseits					
Großmutter mütterlicherseits					
Großvater väterlicherseits					
Großmutter väterlicherseits					

Wie häufig hast du Kontakt zu den Großeltern?

a) Großeltern mütterlicherseits

häufig

selten

gar nicht, warum nicht? _____

Übernachtest du gelegentlich bei den Großeltern? ja nein

b) Großeltern väterlicherseits

häufig

selten

gar nicht, warum nicht? _____

Übernachtest du gelegentlich bei den Großeltern? ja nein

Andere Verwandte:

Gibt es andere Verwandte, die dir viel bedeuten, mit denen du viel unternimmst?

nein ja, wer? _____

2. Schulbesuch

Einschulung mit _____ Jahren

Zurückstellung der Einschulung ja nein

Eingewöhnungsschwierigkeiten? ja nein

Jetzige Klasse _____ Schulzweig _____

Wurde eine Klasse wiederholt? nein ja, welche? _____

Schulleistungen: sehr gut gut durchschnittlich unterdurchschnittlich

Gute Fächer _____

Schwächen in _____

Schwierigkeiten mit Lehrern? nein ja, weshalb? _____

Schwierigkeiten mit Mitschülern? nein ja, weshalb? _____

Gab es schulische Maßnahmen (Tadel, Klassenkonferenzen, Beurlaubungen etc.)?

nein ja, wann? _____ welche? _____

Gab es Schulwechsel?

nein ja, wann? _____ welche? _____

Erledigst du deine Hausaufgaben selbständig? ja nein

Wie lange brauchst du für die Hausaufgaben? ca. _____ Stunden

Wieviel Unterstützung benötigst du dabei?

ab und zu regelmäßig

nur bei Klassenarbeiten gar keine

Wer unterstützst dich beim Lernen?

Mutter Vater

beide Eltern Verwandte (Tante, Onkel, Großeltern)

Geschwister Nachhilfelehrer

Nachbar/Freund _____

Gehst du gerne zur Schule? ja nein

Besuchst du regelmäßig den Unterricht? ja nein

3. Soziale Kontakte

Was machst du in deiner Freizeit?

- Mit Freunden treffen
- Vereine, welche? _____
- Sport, welchen? _____ wie oft in der Woche? _____
- Musikinstrument, welches? _____
- Fernsehen: _____ Std. am Tag unter der Woche _____ Std. am Tag am Wochenende
- PC spielen: _____ Std. am Tag unter der Woche _____ Std. am Tag am Wochenende
- PC chatten: _____ Std. am Tag unter der Woche _____ Std. am Tag am Wochenende
- Spielekonsolen: _____ Std. am Tag unter der Woche _____ Std. am Tag am Wochenende
- Telefonieren: _____ Std. am Tag unter der Woche _____ Std. am Tag am Wochenende

Welche Regeln gibt es für diese Tätigkeiten? _____

Hast du Zugang zum Internet? ja nein

Bist du Mitglied in Netzwerken wie Schüler-VZ oder fb? ja nein

Kontrollieren deine Eltern diese Aktivitäten? ja nein

Welche Konsequenzen hat es, wenn du die Regeln nicht einhältst? _____

Wie oft verabredest du dich mit Freunden? _____ mal pro Woche

Bist du lieber mit Älteren oder mit Jüngeren zusammen?

Übernachtest du gelegentlich bei Freunden? ja nein

Wurdest du schon gemobbt? ja nein

Wenn ja, wann und durch wen? _____

Hast du eine feste Freundin / einen festen Freund? ja nein

Hattest du schon sexuelle Kontakte? nein ja, im Alter von _____

4. Schwangerschaft und Geburt

Es handelt sich um die ____ Schwangerschaft deiner Mutter.

Schwangerschaftsverlauf

Gab es Komplikationen? nein ja, welche? _____

Krankenhausaufenthalte, während der Schwangerschaft? ja nein

Familiäre Belastungen: _____

Zeitpunkt der Geburt

Zum errechneten Termin

Frühzeitig in SSwoche _____

Übertragung um _____ Tage

Ort der Geburt

Klinik ambulant stationär für _____ Tage

Geburtshaus

Hausgeburt geplant spontan

Dauer der Geburt: _____ Stunden

Komplikationen während der Geburt: nein ja, welche? _____

Komplikationen nach der Geburt:

a) beim Kind: nein ja, welche? _____

Aufenthalt in der Klinik, Dauer: _____

Operationen: _____

andere: _____

b) bei der Mutter: nein ja, welche? _____

Aufenthalt in der Klinik, Dauer: _____

Operationen: _____

andere: _____

5. Säuglings- und Kleinkindentwicklung

Größe bei der Geburt: _____ cm

Gewicht bei der Geburt: _____ g

Wurdest du als Kind gestillt? nein ja, _____ Wochen

Warst du ein Schreikind? nein ja

Gab es besondere Probleme in der Versorgung des Säuglings? _____

Motorische Entwicklung

selbständiges Sitzen mit _____ Monaten

selbständiges Stehen mit _____ Monaten

selbständiges Laufen mit _____ Monaten

Sprachentwicklung

erste Worte mit _____ Monaten erste Sätze mit _____ Monaten

Sprachstörungen? nein ja, welche? _____

Sprachauffälligkeiten? nein ja, welche? _____

Körperliche Entwicklung

erste Zähne mit _____ Monaten Zahnwechsel im _____ Lebensjahr

Sauberkeitserziehung

tagsüber: trocken mit _____ Monaten sauber mit _____ Monaten

nachts: trocken mit _____ Monaten sauber mit _____ Monaten

Temperament als Kleinkind

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> fröhlich | <input type="checkbox"/> Schreikind |
| <input type="checkbox"/> wenig geschlafen | <input type="checkbox"/> abweisend | <input type="checkbox"/> unruhig |
| <input type="checkbox"/> passiv | <input type="checkbox"/> langsam | <input type="checkbox"/> neugierig |
| <input type="checkbox"/> aktiv | <input type="checkbox"/> steif | <input type="checkbox"/> trotzig |
| <input type="checkbox"/> eifersüchtig | <input type="checkbox"/> Mamakind | <input type="checkbox"/> ängstlich |
| <input type="checkbox"/> gehemmt | <input type="checkbox"/> Papakind | <input type="checkbox"/> _____ |

ergänzende Angaben _____

Kindergartenbesuch

Kindergartenbesuch vom ____ bis zum ____ Lebensjahr

Hast du den Kindergarten gerne besucht? ja neinGab es Eingewöhnungsschwierigkeiten? ja neinHattest du Freundschaften im Kindergarten? ja nein**6. Erkrankungen / Behandlungen****Kinderkrankheiten** Masern Diphtherie Scharlach Windpocken Mumps Röteln Keuchhusten weitere Komplikationen: _____**Andere Erkrankungen / Störungen** Essstörungen: Anorexie Bulimie Adipositas Asthma ADHS, welche Medikamente _____ Schlafprobleme, welcher Art: _____**Krankenhausaufenthalte?** nein ja, weshalb? _____**Regelmäßige Einnahme von Medikamenten?** nein ja, welche? _____**Unverträglichkeiten** Impfungen: _____ Medikamente: _____ Allergien: _____ Nahrungsmittel: _____

7. Selbsteinschätzung

Wie schätzt du deine jetzige Situation ein?

Was ist der Grund deiner Vorstellung?

Was hältst du von Psychotherapie?

Vielen Dank für Deine Unterstützung.

Datum _____ Unterschrift _____