

Tel. 0271-7030960 Fax. 0271-70309629 Email: info@praxis-skrotzki.de

Fragebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen vor der Erstvorstellung sorgfältig aus. Sollten Sie Fragen haben, wenden Sie sich gerne an das Sekretariat.

Fragebogen ausgefüllt von: O Mutter, O Vater, O Sonstige	
Ort und Datum:	
Wo und bei wem lebt das Kind zurzeit?	
(falls Adresse abweichend):	
Wer lebt mit im Haushalt?	
Sorgeberechtigt/e (Kontaktdaten):	
Empfehlung durch:	
Angaben zum Kind	
Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum, -Ort:	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Festnetz:	
Handy und email (falls vorhanden):	
Krankenversicherung:	
VersNr. und IK-Nr.:	
Nationalität:	
Muttersprache:	
Welche Sprache wird zu Hause gesprochen?	
Deutschkenntnisse:	
Aktuelle/r Schule/Kindergarten (Name,Adresse,Tel.)	
Name der zuständigen Erzieher/in, Klassenlehrer/in:	
Klassenwiederholung? O NEIN O IA (wenn ia welche Klasse):	

Angaben zur Mutter Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum:	
Adresse falls abweichend des Kindes	
Handy und email:	
Telefon dienstlich:	
Nationalität:	
Beruf/Arbeitszeit:	
Angaben zum Vater Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum: _	
Adresse falls abweichend des Kindes_	
Handy und email:	
Telefon dienstlich:	
Nationalität:	
Beruf/Arbeitszeit:	
Vor- und Nachname:	nutter O Adoptivmutter (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Geburtsdatum: _	
Straße, Hausnummer:	
PLZ, Wohnort:	
Handy u. email:	
Telefon dienstlich:	
Nationalität: _	
Beruf/Arbeitszeit: _	
Angaben zum O Stiefvater O Pflegevate Vor- und Nachname: _	er O Adoptivvater (Zutreffendes bitte ankreuzen)
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnummer:	

PLZ, Wohnort:		
Handy u. email:		
Telefon dienstlich:		
Nationalität:		
Beruf/Arbeitszeit:		
Eltern sind (Zutreffen	des bitte ankreuzen):	:
O verheiratet seit:		
O in Partnerschaft seit:		
O getrennt lebend seit:		
O geschieden seit:		
Geschwister		
Name:		Geburtsdatum:
Geschlecht:	Kiga/	/Schule:
Name:	-	Geburtsdatum:
Geschlecht:	Kiga/	/Schule:
Aktueller Anlass der f		
Wem sind diese Probler	ne zuerst aufgefallen?	
und in welchen Situatio	nen tauchen sie auf?	
Welche Hilfestellung er	warten Sie von uns?	
Ggf. zuständiges Jugend	damt/Ansprechpartner:	
Allgemeine medizinis	che Angaben	
Gab es Operationen, Ur	nfälle?	
Gibt oder gab es körper	liche Erkrankungen?	
Nimmt Ihr Kind Medika	mente ein ONEINOJA	(wenn ja):
welche, Dosierung und	seit wann?	

Gab es Krankenhausaufenthalte O NEIN O JA (wenn ja):
wann und wo?
Wann war Ihr Kind tagsüber trocken/sauber?
Wann war Ihr Kind nachts trocken/sauber?
Wann konnte Ihr Kind die ersten Wörter sagen?
Wann konnte Ihr Kind laufen?
Welche Form von Behandlungen hat Ihr Kind bisher erfahren? O KEINE O JA (wenn JA, welche und im welchen Zeitraum):
O Ergotherapie
O Logopädie
O Physiotherapie
O Frühförderung
O testpsychologische Untersuchungen und mit Testergebnissen (falls vorhanden Testergebnisse m beifügen)
JA, wo und wann?)
Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindzeit Schwangerschaftsverlauf (ggf. Komplikationen, Rauchen, Alkohol, etc.):
Geburtsverlauf mit Komplikationen? O NEIN O JA (wenn JA, welche?)
Geburtsgewicht und -größe:
Besonderheiten in der Säuglingszeit:
Besonderheiten im Kleinkindalter:
Kindergarten und Schule Kindergartenbesuch seit/wann?
Gab/Gibt es Besonderheiten im Kindergarten? O NEIN, O JA Welche?
Schulbesuch seit/wann?
Gab/Gibt es Besonderheiten in der Schule? O NEIN, O JA Welche?
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind mit Medien pro Tag in Stunden?
Welche besonderen Stärken hat Ihr Kind? Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind?
Bemerkungen und Ergänzungen bezüglich Ihres Kindes, die Ihnen wichtig erscheinen:
Hiermit erkläre (n) ich mich/wir uns damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken ein Foto des Kindes in der Anmeldung gemacht wird. Geeignete Vorkehrungen gegenüber Zugriffen Unbefugter werden getroffen.
Eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung kann nur mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgen. Ich versichere, dass alle Sorgeberechtigten informiert und mit der Behandlung, in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Martina Skrotzki Heeserstr. 8 in 57072 Siegen, einverstanden sind.
Ort und Datum:
Unterschriften aller Sorgeberechtigten:

Sehr geehrte Eltern,

endlich ist es geschafft!

Nicht nur wir als Untersucher, sondern auch Sie als Eltern und vor allem Ihr Kind werden diese effektive Zeitersparnis bei den Terminen bemerken und von ihr profitieren.

Bitte vergewissern Sie sich, dass Sie alles wahrheitsgemäß ausgefüllt haben und beide Sorgeberechtigten von allen Terminen bei uns wissen.

Wir danken herzlich für Ihre Mühe!

Mit freundlichen Grüßen Ihre Praxis Martina Skrotzki