



Psychotherapiepraxis
KIJU

Patientenfragebogen für die Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen

**Peter Koschinski
und KollegInnen**

Kinder- und Jugendlichenpsychoanalyse
Paar-, Gruppen- und Familientherapie
Geschlechtsvarianz- und Traumatherapie
Körper- und Gesprächspsychotherapie
Supervision und Lehranalyse

Lindenstraße 12 · 33332 Gütersloh
Telefon +49 (0)52 41 - 909 80 20
Mobil +49 (0)179 - 107 56 49
Fax +49 (0)52 41 - 909 80 21
info@ki-ju.de · www.ki-ju.de

Steuer Nr. 341/5111/1832
IBAN DE49 4807 0024 0326 9222 00
BIC DEUTDE33 33

Liebe Eltern, liebe Patientinnen, liebe Patienten,

wenn Sie die Therapie Ihres Kindes von der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise finanziert haben möchten, muss ich einen schriftlichen Erst- oder Verlängerungsantrag stellen. Für diesen Antrag benötige ich einige Angaben, die es mir erleichtern, Ihr Kind besser kennenzulernen. Des weiteren helfen mir Ihre Angaben, einen für die besondere Lebenssituation Ihres Kindes entsprechenden Behandlungsplan zu erstellen. Dieser von Ihnen ausgefüllte Fragebogen dient der Diagnostik und wird nicht an den Kostenträger weitergeleitet. Die Therapie unterliegt der Schweigepflicht, dies gilt auch für Ihre Auskünfte in diesem Bogen.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Sollte der Platz für Ihre Angaben nicht ausreichen benutzen sie bitte ein gesondertes Blatt Papier.

Bei unklaren Punkten oder weiteren Fragen Ihrerseits sprechen Sie mich bitte an!

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Angaben zum Kind

Name des Kindes

Straße, Postleitzahl, Ort

Telefon-Nr.

Mobilnr. Kind

Mobilnr. Eltern

E-Mail Kind

E-Mail Eltern



Name des Kinderarztes

Name des Kinderpsychiaters

ggf. Klinikaufenthalt(e)

1. Persönliche Daten des Kindes/ des Jugendlichen

Mädchen Junge divers

Das Kind ist geboren am also Jahre alt.

Es ist das (Reihenfolge) von Geschwistern.

Alter und Geschlecht der Geschwister:

Mutter: heute: Jahre alt.

Bei der Geburt des Kindes: Jahre alt und

von Beruf: Derzeitige Tätigkeit:

Vater: heute: Jahre alt.

Bei der Geburt des Kindes: Jahre alt und

von Beruf: Derzeitige Tätigkeit:

Das Kind lebt bei:

Wenn das Kind bei Pflegeeltern lebt:

Pflegemutter: heute: Jahre alt.

Bei der Geburt des Kindes: Jahre alt und

von Beruf: Derzeitige Tätigkeit:

Pflegevater: heute: Jahre alt.

Bei der Geburt des Kindes: Jahre alt und

von Beruf: Derzeitige Tätigkeit:



2. Probleme, Beschwerden, Symptome

Weshalb wünschen Sie eine weitere psychotherapeutische Behandlung für Ihr Kind? Beschreiben Sie möglichst konkret die Probleme. Bitte benutzen Sie, wenn erforderlich, zusätzliche Blätter und fügen Sie diese dem Fragebogen bei.

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

Wenn traten die genannten Schwierigkeiten erstmals auf?

Monat, Jahr: Situation/Auslöser:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind zur Zeit (bitte ankreuzen):

Aggressivität: gegen sich	Lügen
gegen andere	Nägelkauen
gegen Gegenstände	Nervöse Zuckungen
Angst	Schlafstörungen
Atembeschwerden (Asthma)	Schüchternheit
Bauchschmerzen	Selbsttötungsabsichten
Eifersucht	Sprechhemmungen
Einkoten	Suchtartiges Verhalten
Einnässen	Essstörungen
Stehlen (unerlaubtes Wegnehmen)	Weglaufen
Hemmungen	Feuerspiele
Kontaktschwierigkeiten	Kopfschmerzen
Konzentrationsschwierigkeiten	Sonstiges

Belastende Ereignisse für das Kind (z.B. Krankheiten/ Todesfälle in der Familie):



3. Entwicklung

Schwangerschaft (körperlicher und seelischer Verlauf):

Geburt (Geburtsverlauf, Geburtsgewicht, Besonderheiten):

Gestillt: ja nein

Wenn ja, wie lange?

Grund der Beendung:

Wann saß es?

Wann stand es?

Wann lief es?

Erste Worte (welches, wann)?:

Wann war es sauber (tagsüber, nachts):

Erste Regelblutung:



Was ist Ihnen bei der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?

Kindergartenbesuch: von bis

Wie war/ ist der Besuch des Kindergartens für Ihr Kind?

4. Schule

Schulart und Klasse des Kindes/Jugendlichen:

Schulleistungen:

Beziehungen zu den Klassenkameraden:

Lernt Ihr Kind gerne? ja nein

Schulischer Verlauf:

Umschulungen:

Wo gab es besondere Schwierigkeiten, seit wann?

5. Körperliche Entwicklung

Nennen Sie die wesentlichen Erkrankungen Ihres Kindes, sowie Krankenhausaufenthalte (OP's):

Krämpfe Unfälle Anfälle Allergien

Werden z.Z. Medikamente verabreicht?

Haben Sie bisher andere psychotherapeutische oder heilpädagogische Untersuchungen oder Behandlungen mit Ihrem Kind aufgesucht? Welche? Mit welchem Ergebnis?

Bitte legen Sie Kopien von evtl. Berichten bei.



Psychotherapiepraxis
KIJU

6. Aktuelle Familiensituation (auch Pflegefamilien)

Wie ist das Verhältnis Ihres Kindes zu den Familienmitgliedern?
Was macht es gerne? Hat es Probleme mit der Mutter?

Hat es Probleme mit dem Vater?

Hat es Probleme mit den Geschwistern?

Welche Bedeutungen haben die Großeltern für das Kind?
mütterlicherseits:

väterlicherseits:

Gibt es andere wichtige Kontaktpersonen für das Kind? Welche Bedeutungen haben diese für das Kind?



Gibt es äußere Belastungen in der Familie? (z.B. Krankheiten von Familienmitgliedern):

Bitte beschreiben Sie den Verlauf Ihrer Ehe/Partnerschaft (Datum der Eheschließung, innere Voraussetzung bei der Eheschließung, Ehekrisen, positive Aspekte in Ihrer Ehe, heutige Beziehung):

Welche Schwierigkeiten gibt es im Zusammenleben der Familie?

7. Beziehungen der Eltern zur eigenen Herkunftsfamilie (gilt auch für Pflegeeltern):

Mutter des Kindes/Jugendlichen:

Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter (früher/heute):

Ihre Beziehung zu Ihrem Vater (früher/heute):

Sie sind das Kind von Kindern:

Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern (früher/heute):

Besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit/ Jugend:



Psychotherapiepraxis
RIJU

Vater des Kindes/Jugendlichen:

Ihre Beziehung zu Ihrer Mutter (früher/heute):

Ihre Beziehung zu Ihrem Vater (früher/heute):

Sie sind das Kind von Kindern:

Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern (früher/heute):

Besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit/Jugend:



8. Weitere wichtige Lebensereignisse des Kindes/Jugendlichen:

Führen Sie bitte alle wichtigen Ereignisse im Leben Ihres Kindes auf, die von den vorherigen Fragen nicht erfasst worden sind:

Wie haben Sie bislang versucht, die Probleme oder Beschwerden Ihres Kindes zu bewältigen?

Haben Sie Vermutungen, wie die Probleme entstanden sind und womit sie zusammenhängen könnten?



Psychotherapiepraxis
KIJU

Welchen Tätigkeiten und Beschäftigungen geht Ihr Kind in seiner Freizeit nach?

An welchen Punkten kann Ihr Kind zu Ruhe kommen und auftanken? (Situationen, Zeiten, etc.)

Wie stehen Sie selbst zur Behandlung Ihres Kindes? (Mutter und Vater)

9. Bei Adoptions- und Pflegeverhältnissen oder „neu-strukturierter Familie“

Seit wann lebt Ihr Kind in seinem/ihrem neuen Lebensumfeld?

Weshalb lebt das Kind bei Ihnen? (Umstände, Einstellung des Kindes und der leiblichen Eltern dazu)

Formular an Praxis zurücksenden →