MVZ FÜR ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG VON KINDERN & JUGENDLICHEN GmbH

üBAG **MVZ für Entwicklungsförderung**
Kornmesserstr. 10
12205 Berlin
E-Mail: lichterfelde@rosero.de
Karl-Marx-Str: 80
12043 Berlin
E-Mail: neukoelln@rosero.de
Chemnitzer Str. 148-152
12621 Berlin
marzahn@rosero.de

Wiedervorstellungsfragebogen

Liebe Eltern,
wir würden uns freuen, wenn Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist, beantworten. Je genauer die Informationen sind, die wir von Ihnen und Ihrem Kind erhalten, desto besser können wir uns auf das Gespräch mit Ihnen vorbereiten und gezieltere Hilfe leisten.

Name des Kindes:

Geburtstag des Kindes:

Was sind Ihre aktuellen Sorgen bzw. welche Probleme hat Ihr Kind?

Gibt es Einschlaf-/Durchschlafprobleme? Ist der Schlaf erholsam? Gibt es Alpträume?

Gab es bisher andere Therapien oder andere Hilfen *(z. B. Ergo-, oder Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, Klinikaufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung. Bitte BehandlerIn/ Institutionen, Adresse und Zeitraum angeben)*?

Angaben zur Familie:

Wer ist sorgeberechtigt?

- Eltern haben gemeinsames Sorgerecht
- Mutter ist allein sorgeberechtigt
- Vater ist allein sorgeberechtigt
- bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:
  Name, Adresse und Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

- Sonstige (Name, Adresse, Telefon):

Name der Bezugsperson 1:	**Name der Bezugsperson 2:**
Geburtsjahr:	**Geburtsjahr:**
Schulabschluss:	**Schulabschluss:**
Ausbildung/Studium:	**Ausbildung/Studium:**
Ausgeübter Beruf *(Umfang)*:	**Ausgeübter Beruf *(Umfang)*:**
Körperliche und psychische Erkrankungen der Bezugsperson 1:	**Körperliche und psychische Erkrankungen der Bezugsperson 2:**
Körperliche und psychische Erkrankungen der leiblichen Eltern? *(falls abweichend)*	
Erkrankungen in der Familie der Bezugsperson:	**Erkrankungen in der Familie der Bezugsperson:**

Geschwister des Kindes *(bitte auch Angaben zu Stief-/Halb- und Adoptivgeschwistern)*:

Name:	**Name:**	**Name:**	**Name:**
Alter: Jahre	Alter: Jahre	Alter: Jahre	Alter: Jahre
Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:

Wie wohnen Sie *(Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus, wer wohnt alles in der gemeinsamen Wohnung...)*?

Wie würden Sie die familiäre Atmosphäre beschreiben *(z.B. harmonisch, Trennungsgedanken, gibt es viel Streit)*?

Gesundheitszustand:

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind (*z.B. Röteln, Windpocken*)?

Gibt es sonstige bekannte Krankheiten?

Sind Allergien bekannt?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Gab es einen Krankenhausaufenthalt? Wenn ja, wann und warum?

Kindergartenalter:

Hat das Kind einen Kindergarten besucht bzw. besucht es derzeit einen Kindergarten?

- ○ ja (*bitte Zeitraum angeben*):
- ○ nein

Schullalter:

Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant?

Welche Schulen wurden besucht (*bitte auflisten*)?

-
-
-
-

In welche Schule *(inkl. Schulform)* und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt?

Gibt es Probleme in der Schule?

Sonstige Angaben:

Ist Ihr Kind zurzeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

- ○ ja (*bitte angeben*):
- ○ nein

Wie stark sind Sie aufgrund der oben beschriebenen Probleme belastet *(gar nicht, leicht, mäßig, stark, sehr stark)*?

Welche Erwartungen oder Wünsche haben Sie an die Behandlung in unserer Praxis?

Ihr Termin in unserer Praxis ist am _____

Bitte bringen Sie an diesem Tag die Krankenversicherungskarte Ihres Kindes mit.

Wir danken Ihnen herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens!