

**Dr. med. Karlheinz Erbe**  
**Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie**  
**Arzt für Neurologie und Psychiatrie**  
**Psychotherapie - Akupunktur**  
**Luisenstr. 10 in 96047 Bamberg**  
**Telefon: 0951/204640 Fax: 0951/204642**

Liebe Eltern,

damit wir Ihrem Kind/Jugendlichen möglichst gut helfen können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und bei der Erstvorstellung mitzubringen.

**Patientenname:**

**Vorname:**

**Geb.-Datum:**

**Name und Adresse des Haus- oder Kinderarztes:**

**in Betreuung seit:**

**Aktueller Grund der Vorstellung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes:**

**Bisher durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen - (Wann und Wo)?**

**Lebensgeschichtliche Angaben zur bisherigen Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes**

Gab es seelische und/oder körperliche Probleme während der Schwangerschaft?

ja ( )

nein ( )

Falls ja, welche?

**Folgende Fragen beantworten Sie bitte nach den Angaben des gelben U-Heftes Ihres Kindes**

Entbindung erfolgte in der ..... Schwangerschaftswoche.

War der Geburtsverlauf normal oder gab es Besonderheiten (z. B. Geburtsstillstand, Zangengeburt, Kaiserschnitt, ...)?

**Geburtsgewicht:**                              Gramm                              **Geburtslänge:**                              cm

**KopfUmfang:**                              cm                              **ApgarIndex:**

Mußte Ihr Kind nach der Geburt noch im Krankenhaus verbleiben?

ja ( )                              nein ( )

Falls ja, warum und wie lange?

Wie lange haben Sie ihr **Kind gestillt?**                              Monate

**Freies Stehen** mit                              Monaten                              **Laufen** mit                              Monaten

**Erste Worte** mit                              Monaten                              **2-3 Wortsätze** mit                              Monaten

Wann war Ihr Kind **stuhlsauber?**                              mit                              Jahren

Wann **urinsauber/trocken tagsüber?**                              mit                              Jahren

Wann **urinsauber/trocken nachts?**                              mit                              Jahren

Wann erfolgte die **Aufnahme in den Kindergarten?**                              mit                              Jahren

Gab es irgendwelche **Auffälligkeiten in dieser Zeit?**

(Verhalten, Sprache, Hören, Sehen, Sauberkeit, motorische Entwicklung etc.) ja ( )                              nein ( )

Falls ja, welche?

**Schulischer Bereich**

Alter bei der **Einschulung**? Jahre

Einschulung: regelrecht ( ) vorzeitig ( ) zurückgestellt ( )

Beschreiben Sie kurz den **schulischen Werdegang** sowie ggf. Probleme im schulischen Bereich:

Derzeit besuchte Klasse und Schule:

Eventuell wiederholte Klassen:

Derzeitiges Leistungsniveau:

Lieblingsfächer:

Schwache Fächer:

Integration ihres Kindes in die Klassengemeinschaft:

**Freizeitaktivitäten, Hobbies, Interessen:**

Feste Freundschaften: Ja ( ) nein ( )

Mitgliedschaft in Vereinen oder Gruppen: ja ( ) nein ( )

Wenn ja, wo?

Fernsehkonzum: Std./Tag Lieblingsendung:

**Angaben zur aktuellen familiären Situation**

Verhalten gegenüber Eltern:

Verhalten gegenüber Geschwistern:

Verhalten gegenüber Gleichaltrigen:

**Mutter:** Jahre Beruf:

**Vater:** Jahre Beruf:

**Eltern:**        verheiratet ( )        getrennt ( )        geschieden ( )

**Sorgerecht:** gemeinsam ( )        alleiniges Sorgerecht: \_\_\_\_\_

**Geschwister** (Name und Alter):

Wie ist der **Kontakt zu den Großeltern?**

**Aktuelle Wohnsituation**

Mietwohnung ( )        Eigentumswohnung ( )        Eigenheim ( )

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?        ja ( )        nein ( )

**Bisherige Erkrankungen und stationäre Aufenthalte:**

**Einschlafen:**        gut ( )        mäßig ( )        schlecht ( )

**Durchschlafen:**        gut ( )        mäßig ( )        schlecht ( )

**Appetit:**        gut ( )        mäßig ( )        schlecht ( )

**Aktuelles Gewicht:**        kg

**Körperlänge:**        cm

**Allergien:**        ja ( )        nein ( )

Wenn ja, welche?

**Medikamente** (Präparat und Dosis):