

**Klinikum Lüdenscheid**  
**Klinik für Kinder- und**  
**Jugendpsychiatrie**

**Klinikdirektor**  
**Dr. Morsi Abdallah, PhD, MPH**

Paulmannshöher Straße 14  
58515 Lüdenscheid  
Tel.: 02351 46-3941  
Fax: 02351 46-3936

kjpp@klinikum-luedenscheid.de  
www.maerkische-kliniken.de

**Sehr geehrte Eltern, Angehörige, Pflegebeauftragte,**

wir möchten Sie herzlich einladen, uns Ihre Zeit für das Ausfüllen des nachfolgenden Fragebogens zu schenken.

Wir benötigen diese Auskünfte über die Familie und Ihr Kind, um die Entstehungsgeschichte der Situation, die Sie zu uns bringt, verstehen zu können. Der Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit, sämtliche Informationen, die wir brauchen, vor der ambulanten Vorstellung in Ruhe überdenken und aufschreiben zu können.

Wir bitten folgende Unterlagen mitzubringen:

- das U-Heft
- die Krankenversichertenkarte
- den Impfpass
- Kopien der bisherigen Schulzeugnisse
- eventuelle Vorbefunde und/oder Medikamentenlisten mitzubringen.

**Alle Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.**

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Sollten Fragen beim Ausfüllen entstehen, so lassen Sie bitte diese Felder unausgefüllt. Wir bearbeiten sie dann im Erstgespräch.

▶ **Name, Vorname des Kindes**

- Geschlecht:

Geburtsdatum:

- Ggf. Herkunftsland /Muttersprache:

- Anschrift (ggf. Einrichtung):

- Telefonnummer und Email:

▶ **Sorgeberechtigt (Zutreffendes bitte ankreuzen):**

- beide Elternteile       nur Mutter       nur Vater       andere

▶ **Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:**

▶ **Erhoben am:**





► **Familiäre Situation:**

**Name der (biologischen) Mutter:**.....

Geburtsjahr..... Mutter-Kind Beziehung  sehr gut  gut  schlecht

derzeitige Tätigkeit.....  ganztags  Teilzeit  arbeitslos  Elternzeit

Schulabschluss  keiner  Haupt- oder Realschulabschluss

Abitur/Fachhochschulreife  (Fach-) Hochschulabschluss

**Name des (biologischen) Vaters:**.....

Geburtsjahr..... Vater-Kind Beziehung  sehr gut  gut  schlecht

derzeitige Tätigkeit.....  ganztags  Teilzeit  arbeitslos  Elternzeit

Schulabschluss  keiner  Haupt- oder Realschulabschluss

Abitur/Fachhochschulreife  (Fach-) Hochschulabschluss

**Ggf. Name der Stiefmutter/ des Stiefvaters:**.....

Geburtsjahr..... Stiefmutter/-vater-Kind Beziehung  sehr gut  gut  schlecht

derzeitige Tätigkeit.....  ganztags  Teilzeit  arbeitslos  Elternzeit

Schulabschluss  keiner  Haupt- oder Realschulabschluss

Abitur/Fachhochschulreife  (Fach-) Hochschulabschluss

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- **Eltern zusammenlebend/ verheiratet seit:**  Ja, seit .....  Nein
- **Mutter verstorben seit:**  Ja, seit .....  Nein
- **Vater verstorben seit:**  Ja, seit .....  Nein
- **Eltern getrennt / geschieden**  Ja, seit .....  Nein
- **Mutter krank, behindert:**  Ja, seit .....  Nein
- **Vater krank, behindert:**  Ja, seit .....  Nein

- **Bei Scheidung oder Trennung der Eltern:**

- o Wer hat das Sorgerecht? Ist es eventuell aufgeteilt (Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge, Vermögen...):  
.....

- o Bei wem lebt das Kind?  
.....

- o Wie häufig hat das Kind Kontakt zum anderen Elternteil? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

überhaupt nicht  regelmäßig (z.B. alle 2 Wochen)  unregelmäßig

Märkische Kliniken GmbH  
Sitz und Gerichtsstand:  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Geschäftsführer:  
Sparkasse Lüdenscheid  
Sparkasse Hagen-Herdecke  
Steuernummer:

Lüdenscheid  
Detlef Seidel  
Dr. Thorsten Kehe  
IBAN: DE26 4585 0005 0000 084111  
IBAN: DE14 4505 0001 0100 2010 08  
332 5751 2540

Iserlohn HRB 3884  
BIC: WELADED1LSD  
BIC: WELADE3HXXX

- **Zutreffendes bitte ankreuzen**

Das Kind wurde adoptiert:  Nein  Ja, im Alter von.....

Pflegekind:  Nein  Ja, seit .....

Das Kind lebt im Heim  Nein  Ja, seit .....bzw. von .....bis.....

- **Das Kind lebt jetzt bei:**

den leiblichen Eltern  dem leiblichen Vater  der leiblichen Mutter

den Pflegeeltern (*Namen*)

der Wohngruppe: (*ggf. Name der Gruppe und des Bezugsbetreuers*)

anderer

- **Finanzielle Situation der Familie:**  zufriedenstellend  ausreichend  belastend

- **Ist das Kind Einzelkind**  Ja  Nein

- **Wer lebt zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt?**

- **Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben, z. B. konsequent, gewährend, locker, streng...?**

.....  
.....

ggf. Geschwister	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
(Leibliche-, Halb- oder Stiefgeschwister):					

ggf. Geschwister	1	2	3	4	5
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
ggf. Ausbildung / Beruf					
Lebt mit dem Kind/ Jugendlichen im gleichen Haus- halt (ja/nein)					
Gibt es Probleme, Auf- fälligkeiten, oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?					

**Besonderheiten bei den Familienmitgliedern:**

*Bitte Zutreffendes ankreuzen. Bitte beschreiben (wer und ggf. welche Krankheit ...)*

Blutsverwandtschaft der Eltern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
ADHS, Hyperaktivität oder Konzentrationsprobleme <b>bei den Geschwistern</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer?
ADHS, Hyperaktivität oder Konzentrationsprobleme bei den Eltern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer?
Autismus oder Probleme beim wechselseitigen sozialen Umgang und Austausch <b>bei den Geschwistern</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer?
Autismus oder Probleme beim wechselseitigen sozialen Umgang und Austausch <b>bei den Eltern</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wer?

Märkische Kliniken GmbH  
Sitz und Gerichtsstand:  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Geschäftsführer:  
Sparkasse Lüdenscheid  
Sparkasse Hagen-Herdecke  
Steuernummer:

Lüdenscheid  
Detlef Seidel  
Dr. Thorsten Kehe  
IBAN: DE26 4585 0005 0000 084111  
IBAN: DE14 4505 0001 0100 2010 08  
332 5751 2540

Iserlohn HRB 3884

BIC: WELADED1LSD  
BIC: WELADE3HXXX

Ticstörungen oder unwillkürliche  
ungewollte Bewegungen oder  
Lautäußerungen bei den **Geschwistern**  Ja  Nein Wer?

Ticstörungen oder unwillkürliche  
ungewollte Bewegungen oder  
Lautäußerungen bei den **Eltern**  Ja  Nein Wer?

Epilepsie oder Krampfanfälle in der  
Familie (Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer?

Chronische Schmerzen in der Familie  
(Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer?

Entwicklungsstörungen in der Familie  
(Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer, welche?

Verhaltensprobleme oder Aggressionen  
in der Familie (Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer, welche?

Sprachstörungen in der Familie  
(Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer, welche?

Fehlbildungen oder genetische  
Krankheiten in der Familie  
(Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer, welche?

Alkohol-/ Drogenmissbrauch in der  
Familie (Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer, welche?

Schizophrenie in der Familie (Eltern,  
Geschwister)  Ja  Nein Wer?

Suizid (Selbstmord) in der Familie  
(Eltern, Geschwister)  Ja  Nein Wer?

Herzkrankheiten in der Familie (Eltern,  
Geschwister)  Ja  Nein Wer?

Plötzliche Todesfälle in der Familie  Ja  Nein Wer?

Andere psychiatrische oder körperliche  
Krankheiten in der Familie  Ja  Nein Wer?

► **Vorgeschichte Ihres Kindes:**

**Wievielte Schwangerschaft?**

**Hatte die Kindsmutter Fehl-/ Totgeburten?**

Nein  Ja (in welchem Jahr?)

**Wie verlief die Schwangerschaft mit dem Kind?**

normal

Komplikationen/ Belastungen .....

**Infektionen?**  Nein  Ja

**Blutungen?**  Nein  Ja

**andere Krankheiten?** Wie z.B. Blutvergiftung, Diabetes oder Bluthochdruck  Nein  Ja

**Hat die Kindsmutter während der**

Nein  Ja (welche und Menge täglich)

**Schwangerschaft Alkohol konsumiert?**

**Hat die Kindsmutter während der**

Nein  Ja (welche und Menge täglich)

**Schwangerschaft Nikotin oder Zigaretten  
konsumiert?**

**Hat die Kindsmutter während der**

Nein  Ja (welche und Menge täglich)

**Schwangerschaft Medikamente gegen**

**Epilepsie oder Krampfanfälle eingenommen?**

**Alter der Kindsmutter bei der Geburt des Kindes?**

**Alter des Kindsvaters bei der Geburt des Kindes?**

**Wie verlief die Geburt?** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Normal  Kaiserschnitt (Welcher Grund: .....

Rechtzeitig

Nabelschnur um den Hals

Frühgeburt in der .....Woche

Spätgeburt in der .....Woche

Geburtshilfen: Geburtszange / Saugglocke

Geburtsgewicht

Länge:

Kopfumfang

APGAR Score (Vorsorgeheft): (1., 5., und 10. min) ..... Nabelschnur-pH (Vorsorgeheft): .....

Besonderheiten (Vorsorgeheft): .....

Märkische Kliniken GmbH  
Sitz und Gerichtstand:  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Geschäftsführer:  
Sparkasse Lüdenscheid  
Sparkasse Hagen-Herdecke  
Steuernummer:

Lüdenscheid  
Detlef Seidel  
Dr. Thorsten Kehe  
IBAN: DE26 4585 0005 0000 084111  
IBAN: DE14 4505 0001 0100 2010 08  
332 5751 2540

Iserlohn HRB 3884

BIC: WELADED1LSD  
BIC: WELADE3HXXX

Neugeborenenengelbsucht nach der Geburt  Ja  Nein

**Gab es Schwierigkeiten während oder nach der Geburt?**

Waren die Ärzte über den medizinischen Zustand des Kindes nach der Geburt besorgt?  Ja  Nein

Musste das Kind nach der Geburt auf der Intensivstation stationär aufgenommen werden?  Ja  Nein

Wurde das Kind gestillt?  Ja, wie lange? .....  Nein

Breikost erhielt das Kind ab: ..... Monat

Feste Nahrung erhielt das Kind ab: ..... Monat

**Entwicklung nach der Geburt**

**Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:**

normal / gleich schnell entwickelt  langsamer entwickelt  rascher entwickelt

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

- Pflegeleicht  Schreibaby  Spielkind  
 Schlafstörungen  Entwicklungsstörung

Hat das Kind gekrabbelt?  Ja  Nein

Wann lernte das Kind laufen (erste freie Schritten)  ≤ 1,5 Jahre  > 1,5 Jahre

Wann könnte das Kind Dreiwortsätze bilden?  ≤ 2 Jahre  2 - 4 Jahre  > 4 Jahre

Wann war das Kind sauber (kein Einkoten mehr)?  ≤ 4 Jahre  > 4 Jahre  noch nicht

Wann war das Kind tagsüber trocken?  ≤ 5 Jahre  > 5 Jahre  noch nicht

Wann war es nachts trocken?  ≤ 5 Jahre  > 5 Jahre  noch nicht

Nässt das Kind nachts oder tagsüber wieder ein, obwohl es schon einmal längere Zeit trocken war?  Ja  Nein

Ist das Kind  Rechtshänder  Linkshänder  Beidhändig

War das Kind schon einmal im Krankenhaus?

Ja  Nein

(im Alter von? Krankheit? Operation?).....

Hatte das Kind schon einmal einen **Unfall**?

Nein  Ja (Wann? Art des Unfalls?)

War das Kind Opfer eines **körperlichen oder sexuellen Missbrauchs**?

Nein  Ja (Wann? Art des Missbrauchs?)

Welche **Krankheiten/ Allergien** hat/hatte das Kind? Hatte das Kind schon einmal einen allergischen Schock?

Hat das Kind den **Kindergarten (KiGa)/ Kindertagesstätte (KiTa) (U-3)** besucht?

Ja (im Alter von? ..... )  Nein

Name des KiGa`s/ der KiTa:

Wie war das **Verhalten im KiGa/in der KiTa**?

- ohne Probleme  
 konnte sich nicht von den Eltern trennen  
 schlechtes Betragen, Aggression  
 es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:  
 Unterstützungsmaßnahmen von außen, wie z.B. Integrationskraft

Das Kind besucht zurzeit folgende Schule:

Nein, kein Schulbesuch, (seit wann?)

Ja (welche Schulart?)

- Vorschule  Grundschule  Hauptschule  
 Realschule  Gymnasium  Gesamtschule  
 Förderschule für

Name und Anschrift der Schule, Name des Klassenlehrers/ der Klassenlehrerin

Märkische Kliniken GmbH  
Sitz und Gerichtstand:  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Geschäftsführer:  
Sparkasse Lüdenscheid  
Sparkasse Hagen-Herdecke  
Steuernummer:

Lüdenscheid  
Detlef Seidel  
Dr. Thorsten Kehe  
IBAN: DE26 4585 0005 0000 084111  
IBAN: DE14 4505 0001 0100 2010 08  
332 5751 2540

Iserlohn HRB 3884

BIC: WELADED1LSD  
BIC: WELADE3HXXX

Welche Klasse?

Wie war die Schullaufbahn?

Eingeschult im Alter von  < 6 Jahre  6 – 7 Jahre  > 7 Jahre

Vorschule besucht  Ja  Nein

Verspätete Einschulung  Ja, wegen  Nein

Wiederholung  Ja (Welche Klasse?)  Nein

Schulwechsel  Ja im Jahre  Nein

Zeitweise keine Schule besucht:  Nein

Ja (von..... bis .....wegen.....)

Geht das Kind aktuell gern zur Schule?  Ja  Nein

Welche besonderen schulischen Fächer/Interessen hat das Kind?

Welche Fächer fallen dem Kind schwerer?

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

Ja, wegen .....  Nein

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung des Kindes in der Schule?

unterdurchschnittlich  durchschnittlich  überdurchschnittlich

Ist das Kind in einer Kinder,- Jugendgruppe oder in einem Verein?

Nein

Ja, in

▶ **Vegetative Anamnese**

- Impfstatus vollständig?  Ja  Nein
- Appetit  Normal  Vermehrt  Vermindert
- Schlafen  Normal  Alpträume  Einschlafprobleme  
 Durchschlafprobleme  
 Schlaf-Tag Rhythmus (Probleme zu "normalen" Zeiten einzuschlafen und gleichzeitig Probleme, am Morgen zu "normalen Zeiten" aufzustehen)
- Stuhlgang  Normal  Durchfall  Verstopfung  Einkoten  
 Nicht normal weil:
- Wasserlassen  Normal  Brennen  Einnässen  
 Nicht normal weil:
- Gewicht  Konstant/ Unverändert  Abnahme  Zunahme
- Nikotin/ Zigaretten  Nein  Ja (Menge, seit wann)
- Alkohol  Nein  Ja (Menge, seit wann)
- Drogen  Nein  Ja (Menge, seit wann) .....
- Antibabypille  Nein  Ja (welche, seit wann) .....
- Medikamente  Nein  Ja (welche)
- Beginn der Pubertät  befindet sich noch nicht in der Pubertät  
 Beginn der Pubertät im Alter von.....  
 ggf. erste Monatsblutung (Menarche) im Alter von.....
- Tägliche körperliche Aktivität  < 1 Stunde  > 1 Stunde  
*Bitte beschreiben:* .....

▶ **Soziale Kontakte und Freizeitverhalten:**

Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu Freunden ein (außerhalb von der Schule)?

- spielt mit vielen Kindern  hat 1-2 gute Freunde  spielt überwiegend mit älteren Kindern
- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern  spielt alleine
- hat Schwierigkeiten, weil .....

Märkische Kliniken GmbH  
Sitz und Gerichtstand:  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Geschäftsführer:  
Sparkasse Lüdenscheid  
Sparkasse Hagen-Herdecke  
Steuernummer:

Lüdenscheid  
Detlef Seidel  
Dr. Thorsten Kehe  
IBAN: DE26 4585 0005 0000 084111  
IBAN: DE14 4505 0001 0100 2010 08  
332 5751 2540

Iserlohn HRB 3884  
  
BIC: WELADED1LSD  
BIC: WELADE3HXXX

Welche besonderen Neigungen, Hobbys oder Fähigkeiten hat das Kind?

.....  
.....  
.....

► **Mediennutzung:**

Welche Geräte hat Ihr Kind zur freien Nutzung in seinem/ihrem Zimmer?

Fernseher       Spielekonsole       PC, Laptop, Tablett       Smartphone

Wie lange nutzt Ihr Kind täglich folgende Medien?

	<b>Viel</b> ( > 2 Stunden)	<b>Etwas</b> ( 1 – 2 Stunden)	<b>Wenig</b> ( > 1 Stunden )	<b>Nie</b>
Fernseher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spielekonsole, Wii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PC, Laptop, Tablett oder Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hiermit versichere ich die Richtigkeit der Angaben.**

Datum, Ort:

Namen und Unterschrift aller Sorgeberechtigten: 

► **Einwilligungserklärung in Forschung und Lehre**

Das Klinikum Lüdenscheid und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie sind bestrebt, ihre Patientinnen und Patienten nach den neuesten wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen und Methoden zu behandeln. Diese Kenntnisse und Methoden können nur durch wissenschaftliche Forschung und Lehre verbessert und weiterentwickelt werden. Hierzu ist die Forschung mit Patientendaten unerlässlich. Es ist zum Beispiel notwendig, neue Behandlungsverfahren mit bereits etablierten Methoden zu vergleichen. Dies ist nur möglich, wenn zu diesem Zweck die medizinischen Daten der Patientinnen und Patienten zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt ausgewertet werden dürfen. Eine Weitergabe der Daten an Personen oder Stellen, die nicht mit dem konkreten Forschungsprojekt befasst sind, ist ausgeschlossen. Die Daten werden anonymisiert bzw. gelöscht, sobald der Forschungszweck dieses gestattet. Eine wissenschaftliche Veröffentlichung erfolgt stets in anonymisierter Form. Eventuell benötigen wir für die wissenschaftliche Forschung auch die medizinischen Daten aus den Behandlungsunterlagen Ihres Kindes. Ggf. würde diesbezüglich auch mit Ihnen Kontakt aufgenommen werden. Dabei müssen wir das Patientengeheimnis beachten, das die medizinischen Daten Ihres Kindes vor unbefugter Kenntnisnahme durch Dritte schützt. Deshalb möchten wir Sie heute vorsorglich um Ihre Einwilligung bitten.

Des Weiteren sind wir aktiv beteiligt an der Ausbildung künftiger Mediziner und Psychologen. Im Rahmen dieser Ausbildung finden Vorlesungen und Seminare für die künftigen Kolleginnen und Kollegen statt. Wir bitten Sie um Ihr Einverständnis, die Falldarstellung Ihres Kindes im Rahmen der Seminare und Vorlesungen in anonymisierter Form verwenden zu dürfen und ggf. auch Ihr Kind aktiv in diese Veranstaltungen einbinden zu dürfen. Diese Einwilligung gilt für die jetzige Behandlung und künftige Behandlungen mit gleichem Krankheitsbild in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Zentrum für Integrative Psychiatrie. Sie können die Einwilligung jederzeit widerrufen. Ihnen entstehen keine Nachteile, wenn Sie die Einwilligung nicht erteilen oder diese widerrufen. Fragen hierzu beantwortet Ihnen gern die aufnehmende Ärztin/Therapeutin oder der aufnehmende Arzt/Therapeut und die oder der Datenschutzbeauftragte des Klinikums Lüdenscheid.

**Erklärung:** Name und Geb.-Datum des Kindes / Jugendlichen:

**Ja, ich willige ein,** oder

**Nein, ich willige nicht ein,**

dass das Klinikum Lüdenscheid und die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie wie oben beschrieben - die medizinischen Daten meines Kindes zum jetzigen oder zu einem späteren Zeitpunkt für Forschungszwecke nutzen dürfen.

**Ja, ich willige ein,** oder

**Nein, ich willige nicht ein,**

dass der Behandlungsverlauf meines Kindes im Rahmen der Ausbildung der Studierenden verwendet und mein Kind an den o. g. Vorlesungen/Seminaren aktiv beteiligt werden darf.

**Ich versichere hiermit, dass ich das Sorgerecht für das o. g. Kind/ den Jugendlichen habe.**

Datum:

Name:

Unterschrift:



Weitere/r Sorgeberechtigte/r.:

Datum:

Name:

Unterschrift:



Jugendliche ab 16. Lebensjahr

Datum:

Name:

Unterschrift:



**Diese Erklärung kann selbstverständlich jederzeit schriftlich widerrufen werden**

Märkische Kliniken GmbH  
Sitz und Gerichtsstand:  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Geschäftsführer:  
Sparkasse Lüdenscheid  
Sparkasse Hagen-Herdecke  
Steuernummer:

Lüdenscheid  
Detlef Seidel  
Dr. Thorsten Kehe  
IBAN: DE26 4585 0005 0000 084111  
IBAN: DE14 4505 0001 0100 2010 08  
332 5751 2540

Iserlohn HRB 3884  
BIC: WELADED1LSD  
BIC: WELADE3HXXX