

**LWL-Klinik Dortmund
- Elisabeth-Klinik -**

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen
Marsbruchstr. 162a, 44287 Dortmund
Telefon: 02 31-91 30 19-0
Telefax: 02 31-91 30 19-5 10



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



Persönliche Daten:

Nachname des Kindes: _____ **Geburtsdatum:** _____

Vorname des Kindes: _____ **Geschlecht:** _____

Adresse: _____ **Geburtsort:** _____

_____ **Nationalität:** _____

Telefon: _____ **Konfession:** _____

Mobilnummer: _____

E-Mail der/s Sorgeberechtigten: _____

Kind lebt bei (z. B. Mutter, Pflegeeltern, Heim etc.): _____

Sorgeberechtigt ist: _____

Name und Adresse des Haus- oder Kinderarztes: _____

Krankenkasse (immer angeben): _____

versichert über (Name): _____ **Geburtsdatum:** _____

Arbeitgeber des Versicherten: _____

Mutter (immer angeben):

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Vater (immer angeben):

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Stief-/Adoptiv-/Pfleagemutter:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Stief-/Adoptiv-/Pflegevater:

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geburtsdatum:** _____

Ausbildung: _____ **derzeitige Tätigkeit:** _____

Geschwister, Halb-, Stief-, oder Pflegegeschwister:

Name, Alter, Schultyp, Besonderheiten in der Entwicklung: _____

Familie:

Daten von Heirat: _____

Scheidung: _____

Wiederheirat: _____

Lebte das Kind immer zu Hause; wenn nicht, wo: _____

Belastende Ereignisse, (psychische) Erkrankungen oder Todesfälle in der Familie: _____

Aktuelle Familiensituation:

Welche Personen gehören zum gemeinsamen Haushalt: _____

Andere wichtige erwachsene Kontaktpersonen für das Kind: _____

Freunde / Sozialkontakte: _____

Äußere Belastungen (z.B. Wohnungsart, -größe, finanziell): _____

Innere Belastungen (Welche Schwierigkeiten gibt es im Zusammenleben?): _____

Entwicklung:

Schwangerschaft (körperlicher oder seelischer Verlauf): _____

In der Schwangerschaft Medikamente: _____

Alkoholkonsum: gar nicht gelegentlich regelmäßig

Nikotinkonsum: gar nicht gelegentlich regelmäßig

Drogenkonsum: gar nicht gelegentlich regelmäßig

Geburt (Frühgeburt, Länge, Gewicht, Kopfumfang, Besonderheiten, Kaiserschnitt, APGAR-Werte): _____

Wurde das Kind gestillt – wie lange? _____

Frühkindliche Entwicklungsschritte des Kindes

Wann saß es? _____ Wann stand es? _____ Wann lief es? _____

Erste Worte (Wann?): _____

Wann war das Kind sauber? _____

Bei Mädchen: Regelblutungen – seit: _____

Auffälligkeiten in der Kleinkindzeit und im Kindergartenalter: _____

Kindergartenbesuch ab: _____ bis: _____

Vorerkrankungen: _____

Schwere Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen; wann, wie lange): _____

Appetit: _____ Schmerzen: _____

Krämpfe: _____ Unfälle: _____

Anfälle: _____ Asthma: _____

Wurden/Werden z.Zt. Medikamente verabreicht: _____

Drogenkonsum: Alkohol Nikotin Cannabis Amphetamine Kokain

EEG-Untersuchung (wann, wo): _____

Kinderkrankheiten: Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken

Impfungen: Tetanus, wann zuletzt: _____

Masern Mumps Röteln Keuchhusten Windpocken

Vorbehandlungen:

Ambulante psychiatrische / therapeutische Vorbehandlung (wo? wann?): _____

Stationäre psychiatrische / therapeutische Vorbehandlung (wo? wann?): _____

Förderungen (Ergotherapie, Logopädie, Heilpädagogik): _____

Bisherige Begleitung über Beratungsstelle, Jugendamt, Hilfen zur Erziehung: _____

Schule:

Name und Anschrift der Schule: _____

Name der Lehrer/-innen: _____

Welche Klasse wird z.Zt. besucht: _____

Wann eingeschult: _____

Schulische Leistungen: _____

Umschulungen: _____

Schulische Verhaltensprobleme: _____

Beobachten Sie an Ihrem Kind aktuell (bitte ankeuzen):

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|
| Aggressivität gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> | Lese-Rechtschreib-Probleme | <input type="checkbox"/> |
| gegen andere | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> |
| gegen Gegenstände | <input type="checkbox"/> | Hyperaktivität | <input type="checkbox"/> |
| Angst | <input type="checkbox"/> | Einschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Eifersucht | <input type="checkbox"/> | Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> | Selbsttötungsäußerungen | <input type="checkbox"/> |
| Einnässen tags | <input type="checkbox"/> | Selbsttötungsversuche | <input type="checkbox"/> |
| nachts | <input type="checkbox"/> | Sexuelle Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> |
| Esstörungen | <input type="checkbox"/> | Sprechhemmungen (Mutismus) | <input type="checkbox"/> |
| Hemmungen / Schüchternheit | <input type="checkbox"/> | Stottern | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | Suchtartiges Verhalten | <input type="checkbox"/> |

Psychosomatische Beschwerden (Schmerzen, Erbrechen...): _____

Auffälligkeiten im Sozialverhalten (Feuerspiele, Lügen, Stehlen, Weglaufen...): _____

Medienkonsum (täglich, in welchem Umfang an Wochentagen / Wochenende, welche Medien): _____

Sonstiges: _____

Was kann Ihr Kind gut? (Hobbys und Fähigkeiten): _____

Behandlungswunsch: ambulant tagesklinisch stationär

Aus welchem Grund soll Ihr Kind bei uns untersucht werden: _____

Die Vorstellung wurde empfohlen von: _____

Datum: _____