

Allgemeine Daten zum Kind / Jugendlichen

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefonnummer:	
E-Mail:			
Schule + Lehrer:	Fallmanager Jugendamt:		
SPFH + Tel.			

Sorgerecht Mutter Vater beide Sonstige (z.B. Vormund, Betreuer)

Name: _____

Anschrift: _____

Handy/Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Biographische Anamnese des Patienten

Geburtsort:	Aufgewachsen in:	Umzüge:
-------------	------------------	---------

Aktuelle Wohnsituation:

Mit wem teilt das Kind sein Zimmer:

Erstellt am-/durch: A. Mitt. 3.08.22/UTA	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
Speicherpfad:			

Jetztanamnese (Angaben zum Kind/Jugendlichen)	
Warum suchen Sie uns auf (aktuelle Probleme/Symptome)	
Schule	Wie kommt er/sie zurecht?
	Hausaufgabensituation (Wo? Wie? Probleme?)
Kompetenzen	
Freizeitaktivitäten	
Freunde	
Gemeinsame Aktivitäten	

Therapieversuche / Ressourcen / Vorbehandlungen (Bezogen auf den Patienten) (Wann, Dauer, Einrichtung (Name))	
Ergotherapie	
Logopädie	
Frühförderung	
Jugendhilfe / Beratung	
Psychologe / Psychotherapie	

Welche Maßnahmen gibt es aktuell?

- Beratung in Scheidungssituationen nach §17 KJHG
- Erziehungsberatung nach § 28 KJHG
- Soziale Gruppenarbeit nach § 29 KJHG ,
- Erziehungsbeistandschaft / Betreuungshelfer nach § 30 KJHG ,
- Sozialpädagogische Familienhilfe nach § 31 KJHG
- Erziehung in einer Tagesgruppe § 32
- Intensive sozialpädagogische Einzelfallhilfe/Einzelbetreuung nach § 35 KJHG
- Sonstige ambulante Hilfeformen nach § 27 KJHG z.B. auch therapeutische Leistungen wie z.B. Familientherapie, Musiktherapie etc.
- Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a

Entwicklungsanamnese des Patienten

Schwangerschaft <small>Medikamente, Drogen, Nikotin</small>	
Geburt	
Stillen	
Trennung im 1. Lebensjahr	
Meilensteine in den ersten Lebensjahren <small>(Sprechen, Laufen, Sauberkeit?)</small>	
Kindergartenzeit <small>(Trennungsangst, andere Auffälligkeiten, ...)</small>	
Schule <small>Einschulung, Schulwechsel, Klassenwiederholung, Förderbedarf (Lernen, LRS), Mobbing</small>	

Medizinische Anamnese des Patienten

Erkrankungen

Operationen	
Epilepsie / Anfälle	
Fieberkrämpfe	
Unfälle	
Hirnhautentzündung	
Gehirnerschütterung	
Kinderkrankheiten	
Aktuelle Erkrankungen	

Untersuchungen

MRT/CT Kopf (Wann? Befund?)	
Hörtest (Ergebnis?)	
Augenarzt (Befund?)	
Schlaflabor?	
EEG / Video EEG	

Suchtanamnese des Patienten

Drogen	
Alkohol	
Tabletten	
Nichtstoffgebundene Süchte (z.B.: Einkaufen, Fernsehen, Computer, Internet, Handy, ...)	

Allgemeine Anamnese des Patienten

Schlaf	
Essen	
Stuhlgang / Wasser lassen	
Allergien	
Medikamentenunverträglichkeit	
Hilfsmittel (z.B. Brille, Hörgerät)	

Familienanamnese

Erkrankungen in der Familie: Eltern(M/V), Großeltern (Gr), Onkel(O), Tante(T), Geschwister (Ge). **(Bitte Kürzel verwenden)**

Körperlich	
Psychisch	
Unklare Todesfälle	
Suizide	

Vorläufige Therapieziele / Behandlungsauftrag aus Sicht der/des Sorgeberechtigten

Erstellt am-/durch: A. Mitt. 3.08.22/UTA	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
Speicherpfad:			

Entwicklungsstand – Kindergarten – Schule – Ausbildung

Gab es bei den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) beim Kinderarzt Auffälligkeiten? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht ihr Kind eine Einrichtung für Kinder mit besonderem Förderbedarf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat ihr Kind in dem Kindergarten/Schule eine sozialpädagogische Einzelbetreuung? Wie viele Stunden pro Woche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gesundheitliche Fragen zum Kind

Medikation aktuell:

Sonstiges:

Behandelnder Kinderarzt

Titel/Nachname:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.:		Fax:	

Angaben zur Mutter

Name, Vorname:

Wohnort:

Nationalität:

Beruf:

zu Hause

Teilzeit

Vollzeit

Familienstand aktuell:

Beziehung zum Vater des Kindes:

Angaben Vater

Name, Vorname:

Wohnort:

Nationalität:

Beruf:

zu Hause

Teilzeit

Vollzeit

Familienstand aktuell:

Beziehung Mutter des Kindes:

Angaben zur Familie (Geschwister und Halbgeschwister des Patienten + Alter + Wohnort)

Sonstige zum Haushalt gehörende Personen

Kontakt des Kindes zum nicht im Haushalt lebenden Elternteil

regelmäßig _____ mal im Monat

selten/sporadisch alle _____ Wochen Monate

keinen Kontakt seit ca. _____

Wichtige Hinweise zur Aufsichtspflicht

Aufsichtspflicht und elterliche Verantwortung (§§ 832, 1626 – 1698b BGB) verbleibt während des gesamten Aufenthaltes in der KJPP Praxis bei dem/den Sorgeberechtigten.

- Die Aufsichtspflicht der Therapeuten **beginnt** zu dem Zeitpunkt wenn das/die Kind/er oder der/die Jugendliche dem Therapeuten / der Therapeutin durch den Sorgeberechtigten übergeben wurde/n
- Die Aufsichtspflicht der Therapeuten **endet** zu dem Zeitpunkt wenn das/die Kind/er oder der/die Jugendliche von einem Sorgeberechtigten abgeholt wird/werden oder bei Jugendlichen ab 12 Jahren bei Vorlage einer schriftlichen Einwilligung, dass der/die Jugendliche/n die Praxis zu einem vereinbarten Zeitpunkt verlassen darf/dürfen.

Information zur Datenverarbeitung und Datensicherung

Die Information aus diesem Fragebogen werden zur Erfüllung des Behandlungsvertrags und unserer Behandlungspflicht (Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b DSGVO) in digitalisierter Form auf den Servern des AMEOS Poliklinikums Inntal gespeichert, verarbeitet und nach bestmöglichen technischen Standards geschützt. Papierdokumente werden in regelmäßigen Abständen vernichtet. Eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber anderen Institutionen bleibt von dieser Information selbstverständlich unberührt.

Belehrung und Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass meine Angaben vollumfänglich korrekt sind. Die Hinweise zur **Aufsichtspflicht** und **Datenverarbeitung** habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit den darin enthaltenen Regelungen einverstanden.

Datum_____
Unterschrift **ALLER** Sorgeberechtigten_____
Unterschrift Kind/Jugendliche*r

Erstellt am-/durch: A. Mitt.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA			
Speicherpfad:			