

	Persönlicher Fragebogen Eltern / Sorgeberechtigte(r)		
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis		Seite 1 von 7

Allgemeine Daten zum Kind / Jugendlichen			
Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Telefonnummer:
E-Mail:			
Fallmanager Jugendamt: _____			
Schule (Adresse) und Lehrer: _____			
Kindergarten (Adresse) und Erzieher: _____			
SPFH + Tel. <small>(Sozialpsychiatrischer Dienst für Familien und Haushalte)</small>			
Sorgerecht <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide <input type="checkbox"/> 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: 22.05.2025 K. Hanisch QMB	Revision am/-durch: 15.05.2025 R. Kuchler KOM
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\ Fragebogen fuer Eltern KJPP SPV 2025			

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, Einrichtungsname)	
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

	Persönlicher Fragebogen Eltern / Sorgeberechtigte(r)	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 3 von 7

Entwicklungsanamnese des Patienten	
Schwangerschaft (Medik., Drogen, Nikotin)	
Geburt	
Stillen	
Trennung im 1. Lebensjahr	
Meilensteine in den ersten Lebensjahren (Sprechen, Laufen, Sauberkeit?)	
Kindergartenzeit (Trennungsangst, andere Auffälligkeiten, ...)	
Schule Einschulung, Schulwechsel, Klassenwiederh., Förderbedarf (Lernen, LRS), Mobbing	

Medizinische Anamnese des Patienten		
Erkrankungen	Patient / Angehörige 1. Grades	
Epilepsie bei Patient / Angehörige(r) 1. Grades	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Herz-/Kreislauferkrankung bei Patient / Angehörige(r) 1. Grades	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schizophrenie/Psychosen bei Patient / Angehörige(r) 1. Grades	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Operationen bei Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Fieberkrämpfe bei Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Unfälle von Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hirnhautentzündung bei Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Gehirnerschütterung bei Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Kinderkrankheiten bei Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Aktuelle Erkrankungen bei Patient	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Untersuchungen Patient		
MRT/CT Kopf (Wann? Befund?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Hörtest (Ergebnis?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Augenarzt (Befund?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schlaflabor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
EEG / Video EEG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Erstellt am-/durch: A. Mitt.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA		22.05.2025 K. Hanisch QMB	15.05.2025 R. Kuchler KOM
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\ Fragebogen fuer Eltern KJPP SPV 2025			

	Persönlicher Fragebogen Eltern / Sorgeberechtigte(r)	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 4 von 7

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 d. 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.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA		22.05.2025 K. Hanisch QMB	15.05.2025 R. Kuchler KOM
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\ Fragebogen fuer Eltern KJPP SPV 2025			

	Persönlicher Fragebogen Eltern / Sorgeberechtigte(r)	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 5 von 7

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: <hr/> <hr/>
Sonstiges: <hr/> <hr/> <hr/>

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

	Persönlicher Fragebogen Eltern / Sorgeberechtigte(r)		
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis		Seite 6 von 7

Angaben zur Mutter				
Name, Vorname:		Wohnort:		
Nationalität:	Beruf:	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit
Familienstand aktuell:		Beziehung zum Vater des Kindes:		

Angaben zum Vater				
Name, Vorname:		Wohnort:		
Nationalität:	Beruf:	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit
Familienstand aktuell:		Beziehung Mutter des Kindes:		

Angaben zur Familie (Geschwister und Halbgeschwister des Patienten + Alter + Wohnort)	
<hr/> <hr/>	
Sonstige zum Haushalt gehörende Personen	
<hr/>	

Kontakt des Kindes zum nicht im Haushalt lebenden Elternteil	
<input type="checkbox"/> regelmäßig _____ mal im Monat	
<input type="checkbox"/> selten/sporadisch alle _____ <input type="checkbox"/> Wochen <input type="checkbox"/> Monate	
<input type="checkbox"/> keinen Kontakt seit ca. _____	

	<h1 style="text-align: center;">Persönlicher Fragebogen Eltern / Sorgeberechtigte(r)</h1>	
	AMEOS Poliklinikum Inntal – KJPP Praxis	Seite 7 von 7

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.

Behandlung in einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung

Der Patient/Die Patientin ist bereits in einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung (SPV, SPZ, PIA, ...) in Behandlung.

☐ Ja

☐ Nein

Wenn ja, ist der Patient/die Patientin dazu bereit, im folgenden Quartal in die SPV Praxis des AMEOS Poliklinikums Inntal zu wechseln?

☐ Ja

☐ Nein

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(en) **ALLER** Erziehungsberechtigten sowie Vor- u. Nachnamen in Druckbuchstaben

Datum

Unterschrift **Kind/Jugendliche/r** sowie Vor- und Nachnamen in Druckbuchstaben

Erstellt am-/durch: A. Mitt.	Geprüft am-/durch:	Freigegeben am-/durch:	Revision am-/durch:
3.08.22/UTA		22.05.2025 K. Hanisch QMB	15.05.2025 R. Kuchler KOM
Speicherpfad: G:\Vorlagen\KJPP\ Fragebogen fuer Eltern KJPP SPV 2025			