# Privatambulanz

**Zentrum für Psychische Gesundheit**
Abt. Psychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie im Kindes- u. Jugendalter
**Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner**
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ansprechpartnerin:
**Frau Steinhilber**
Telefon: 07071/ 29 62461
Fax: 07071/ 29 4098
direktorat.kjp@med.uni-tuebingen.de

**Notfallkontakt**
Tel.: 07071/ 29 62465

Liebe Patient/innen,

liebe Eltern,

Sie haben sich für einen Termin in unserer Ambulanz gemeldet. Damit wir die Terminvereinbarung reibungslos bearbeiten können, füllen Sie bitte die erforderlichen Unterlagen (Anmelde- und Anamnesebogen) aus und senden Sie diese **vollständig** zurück.

Aufgrund der hohen Nachfrage beträgt die Wartezeit für ein erstes Gespräch derzeit mehrere Monate. Wir sind uns der Wichtigkeit zeitnaher Unterstützung bewusst, bitten jedoch um Ihr Verständnis für mögliche Verzögerungen. Für Familien außerhalb der Landkreise Reutlingen und Tübingen kann die Wartezeit zusätzlich länger sein.

Wir setzen alles daran, unsere Ressourcen effektiv zu nutzen und die Qualität unserer Versorgung sicherzustellen. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Helen Spieles
Oberärztin Ambulanz

Dipl.-Päd. Priska Schneider
Therapeutische Ambulanzleitung

Universitätsklinikum Tübingen

**Zentrum für Psychische Gesundheit**
Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
**Ärztl. Direktor Prof. Dr. med. Renner**
Osianderstraße 14
72076 Tübingen

Ansprechpartnerin:
**Frau Steinhilber**
Telefon: 07071/ 29 62461
Fax: 07071/ 29 4098
direktorat.kjp@med.uni-tuebingen.de

**Notfallkontakt:**
Tel.: 07071/ 29 62465

# Anmeldebogen der Privatambulanz

## Vorgehensweise

Bitte lassen Sie uns die erforderlichen Anmeldeunterlagen zukommen. Wir setzen uns anschließend für eine Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung.

**Von dem Sekretariat auszufüllen:**

Termin bei _____

Am _____

## Daten des Kindes

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

**Ihr Kind lebt bei** ☐ beiden Eltern ☐ der Mutter ☐ dem Vater ☐ _____

| **Kontaktdaten Mutter** | **Kontaktdaten Vater** | **Kontaktdaten Wohngruppe/ Pflegefamilie/ o. ä.** (falls zutreffend) |
|---|---|---|
| Name:<br><br>Adresse: | Name:<br><br>Adresse: | Name:<br><br>Adresse: |
| Telefon:<br><br>Mobil:<br><br>E-Mail: | Telefon:<br><br>Mobil:<br><br>E-Mail: | Telefon:<br><br>Mobil:<br><br>E-Mail: |
| **Sorgerecht** ☐ Ja ☐ Nein | **Sorgerecht** ☐ Ja ☐ Nein | **Sorgerecht** ☐ Ja ☐ Nein |

**Bitte beachten Sie:** Bei **getrenntlebenden Eltern** mit gemeinsamem Sorgerecht, muss der abwesende Elternteil zu diesem Termin schriftlich zustimmen (Formular S. 3). Ansonsten kann der Termin **nicht stattfinden.**
Sollten Sie die **alleinige Sorge** haben, benötigen wir ebenfalls zwingend einen Nachweis darüber.

Universitätsklinikum Tübingen

## Angaben zur Versicherung

| | |
|---|---|
| **Versicherung:**<br>☐ privat (☐ gesetzlich) | |
| Name der Krankenkasse: | Hauptversicherte/r, inkl. Geb.datum**:** |
| **Videosprechstunde** – weitere Informationen auf S. 7 | |
| Wir können uns vorstellen, dass Kontakte per Video stattfinden.<br>☐ Ja ☐ Nein | Voraussetzungen:<br>-Gerät mit Kamera, Mikrofon (PC, Laptop, Tablet, Handy)<br>-Internetzugang |
| **Problematik / Symptomatik / Vordiagnosen** | |
| | |
| **Weitere Angaben –** Bitte lassen Sie uns hier entsprechende (Vor-)Befunde/Berichte zukommen | |
| **Erster Kontakt zu unserer Klinik?** | ☐ ja ☐ nein |
| **Überweisung von der Kinderklinik oder Gynäkologie (DSD)?** | ☐ ja ☐ nein |
| **Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente zu sich?**<br>Wenn ja, welche und wie dosiert? | ☐ ja ☐ nein |
| **Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendpsychiater?** Wenn ja, zu wem?<br><br>Besteht dieser Kontakt noch? | ☐ ja ☐ nein |
| **Kontakt zu einem anderen Kinder- und Jugendtherapeuten?** Wenn ja, zu wem?<br><br>Besteht dieser Kontakt noch? | ☐ ja ☐ nein |
| **Fand bereits ein stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Aufenthalt statt?** Wenn ja, wann und wo? | |
| **Fand bereits eine testpsychologische Untersuchung statt?** Wenn ja, wann und wo? | |

Universitätsklinikum Tübingen

# Einverständniserklärung
# des **beim Termin abwesenden** sorgeberechtigten Elternteils

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind

Name des Kindes _____ Geburtsdatum _____

in der Abteilung Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen, untersucht und behandelt wird.

Ich bevollmächtige

O die sorgeberechtigte Mutter: Name, Vorname _____

O den sorgeberechtigte Vater: Name, Vorname _____

O Sonstige Personen (z. B. Pflegeeltern, Wohngruppe): Name, Vorname:_____

in die Behandlung einzuwilligen und alle dafür notwendigen Erklärungen abzugeben.

Darüber hinaus

O bevollmächtige ich Name, Vorname_____

**ODER**

O bevollmächtige ich Name, Vorname_____ **nicht**,

alle hierfür notwendigen Schweigepflichtentbindungen vorzunehmen, wie zum Beispiel für die Kinder/Hausarztpraxis, andere behandelnde Therapeut*innen, Schule, Jugendamt etc.

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich mit sofortiger Wirkung widerrufen werden.

_____ _____

Name des/ der Unterzeichnenden Unterschrift des/ der Unterzeichnenden

_____

Ort, Datum

Telefonisch bin ich wie folgt erreichbar: _____

Universitätsklinikum Tübingen

Informationen hierzu entnehmen Sie bitte dem Informationsblatt Seite 9

# Einverständniserklärung Foto-/Videoaufzeichnung/ Verschwiegenheit/ Kontaktaufnahme Studienanfragen

Sehr geehrte Eltern, liebe Patienten,

da uns die bestmöglichste Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes am Herzen liegt, bitten wir um Ihr/Dein Einverständnis in die nachfolgenden Punkte, die uns die Arbeit erleichtern werden.
Nähere Erläuterungen entnehmen Sie/entnimmst Du bitte der Rückseite.
**Name des Kindes/Jugendlichen**

_____, geboren am _____

Für den Diagnostik-/ Behandlungszeitraumes zwischen meinem Kind bzw. mir und den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie (bitte zutreffendes markieren)

- ○ Bin ich einverstanden, dass eine Sofortbildaufnahme von meinem Kind gemacht wird.
- ○ Verpflichte ich mich zur Verschwiegenheit von vertraulichen Informationen gegenüber Dritten.
- ○ Bin ich einverstanden, dass Bild- und oder Tonaufnahmen aufgezeichnet werden zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.
- ○ Bin ich einverstanden, dass die Bild- oder Tonaufnahmen zu supervisorischen Zwecken innerhalb der KJP verwendet werden.

Ich bin damit einverstanden für Studienanfragen kontaktiert zu werden

- ○ Kontaktaufnahme für Studienanfragen.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass jede dieser Erklärungen freiwillig erfolgt ist. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich jederzeit das Recht habe, diese Erklärung zu widerrufen, formlos schriftlich oder mündlich. Die Teilnahme an therapeutischen Maßnahmen kann selbstverständlich auch erfolgen, wenn ich nicht mit der Verwendung der Aufnahmen und Daten einverstanden bin.

Tübingen, den _____

_____ _____

Unterschrift Eltern/Erziehungsberechtigte Eltern/Erziehungsberechtigte

_____

Unterschrift Kind/Jugendliche/r

Universitätsklinikum Tübingen

## Checkliste

Bitte kommen Sie **15 Minuten** vor Ihrem Ersttermin zur Anmeldung der Ambulanz und bringen Sie folgende Unterlagen, falls vorhanden, mit:

- ☐ Einverständniserklärung des sorgeberechtigten Elternteils, der nicht am Termin teilnimmt
- ☐ Gelbes Untersuchungsheft
- ☐ Arztbriefe (in Kopie)
- ☐ Therapieberichte (in Kopie)
- ☐ Schulverhaltensbericht (formlos) des/der Klassenlehrers/in
- ☐ Zeugniskopien der letzten 2 Jahre
- ☐ Jugendamtsberichte (in Kopie)

Bitte beachten Sie, dass aufgrund von mehreren Baumaßnahmen im Kliniken Tal, die Parksituation und die Fußwege deutlich eingeschränkt sind. Es müssen längere Laufwege eingeplant werden (s. Anfahrtsbeschreibung).

**Wir bitten dies, bezüglich Ihrer Anfahrt, mit einzuberechnen und entsprechend früher anzufahren. Vielen Dank für Ihre Verständnis!**

Universitätsklinikum Tübingen

## Anfahrtsbeschreibung

**Anreise mit öffentlichen Verkehrsmitteln:**

Die Busse der Linien 5, 13, 18 und 19 starten direkt gegenüber dem Tübinger Hauptbahnhof.
<u>Buslinie 5:</u>
Ausstieg an der Haltestelle „Kliniken Tal“, bitte überqueren Sie die Straße, anschließend folgen Sie der Ausschilderung „Psychiatrische Klinik“
(Fußweg ca. 10 Minuten)

<u>Buslinien 13, 18 & 19:</u>
Ausstieg Haltstelle „Calwer Straße“. Bitte folgen Sie der Beschilderung „Kliniken Tal“/ „Psychiatrische Klinik“.
(Fußweg ca. 10 Minuten)

**Anreise mit dem Auto:**
Es empfiehlt sich entweder an der Schnarrenbergstraße an den seitlich der Fahrbahn befindlichen Parkbuchten oder im Parkhaus P3 (Innenstadt Kliniken, Röntgenweg 2) zu parken und der Beschilderung „Psychiatrische Klinik“ zu folgen.

**<u>Das Parken auf dem Privatgelände der Klinik ist nicht gestattet.</u>**

Universitätsklinikum Tübingen

**Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen**

# Informationsblatt
## Einverständniserklärungen

**Sofortbildaufnahme für die Akte**
Die Sofortbildaufnahme wird bei einem der Termine in unserer Ambulanz gemacht. Die Aufnahme dient vor allem zur Wiedererkennung Ihres Kindes. Das Bild wird während der Diagnostik und Behandlung in der Akte hinterlegt. Die Bilder werden nach Abschluss der Behandlung nicht gespeichert. Wir werden diese entsprechend vernichten. In keinem Fall werden personenbezogene Daten an Dritte weitergeleitet.

**Verpflichtung zur Verschwiegenheit**
Im Rahmen der Behandlung Ihres Kindes/Deiner Behandlung können Sie/kannst Du Informationen über Mitpatienten erhalten, die sehr persönlich und nicht zur Weitergabe an Dritte bestimmt sind. Durch Ihre/Deine Unterschrift verpflichten Sie sich/verpflichtest Du Dich, über diese Informationen Still-schweigen zu bewahren. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gilt für die gesamte Behandlungs-dauer und danach.

**Bild- und Tonaufnahmen**
Unsere Klinik verfügt über die Möglichkeit, Bild- und Tonaufnahmen (Fotos, Videos, Tonbandaufnahme, etc.) anzufertigen. Die Aufzeichnungen werden im Rahmen der geltenden Datenschutzbestimmungen verwendet und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

- Diagnostik und Therapie: Ziel der Bild- und Tonaufnahmen ist in erster Linie die Verbesserung der Qualität in der Diagnostik, Einschätzung und Behandlung. Durch eine nachträgliche, genaue Betrachtung im interdisziplinären Team lässt sich die Qualität der Behandlung verbessern.
- Supervision und interne Lehre: Als Universitätsklinikum sind wir ein Ausbildungskrankenhaus, d. h. die Ausbildung von Ärzten*innen, Therapeuten*innen, Pflegekräften etc. ist wichtiger Bestandteil unserer Arbeit. Dabei kann in Besprechungen eine entsprechende Aufnahme zur Behandlungsqualität beitragen.

**Kontaktaufnahme für Studienanfragen**
Wir führen wissenschaftliche Studien durch, um mehr über die Ursachen psychiatrischer Erkrankungen zu erfahren und um unser bisheriges Wissen erweitern zu können. Dadurch ist es uns möglich unsere Behandlung stetig zu verbessern. Sie/Du könnten/könntest uns bei der Weiterentwicklung des medizinischen Fachwissens helfen, von dem Menschen mit psychischen Störungen in Zukunft profitieren können. Wir würden uns freuen, wenn wir Sie und Ihr Kind/Dich im Rahmen von Studien kontaktieren dürften. Ein Mitarbeiter/eine Mitarbeitern würde sich bei Ihnen/Dir dann gegebenenfalls melden, um Ihnen/Dir die Studie ausführlich vorstellen zu können. Unsere Studien werden von der zuständigen Ethik-Kommission geprüft und zustimmend bewertet. Die Teilnahme an Studien ist freiwillig. Es besteht jederzeit die Möglichkeit die Teilnahme an einer Studie abzulehnen – ohne Angaben von Gründen und ohne Einschränkung auf die medizinische Versorgung und Rechte. Zudem können Sie/kannst Du jederzeit Ihr/Dein Einverständnis, im Rahmen von Studien von uns kontaktiert zu werden, widerrufen. Ihre/Deine Daten werden vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Universitätsklinikum Tübingen

**Informationsblatt zum Verbleib bei Ihnen**

Informationsblatt

## Video- und Telefonsprechstunde

Vermehrt wird auch in unserem Hause zusätzlich auf Video- und Telefonsprechstunden zurückgegriffen. Sie stellen für uns ein zusätzliches Angebot dar. Es werden weiterhin persönliche Termine vor Ort durchgeführt. Sie können bei der Anmeldung und Terminvereinbarung angeben, ob die Durchführung von Videosprechstunden möglich und für Sie durchführbar ist.
Sollte dies der Fall sein, bekommen Sie in der Regel per E-Mail einen Link zugesandt über den Sie auf unser Videosystem zugreifen können.

Zur Durchführung benötigen Sie ein internetfähiges Endgerät mit Mikrofon und Kamera. Prüfen Sie bitte auch, dass die Einstellungen Ihres Browsers dafür aktiviert sind. Bitte achten Sie auf eine ruhige und gut beleuchtete Umgebung zur störungsfreien Durchführung. Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist freiwillig und die Nutzung der Software erfolgt unentgeltlich.

Das Programm über das die Videosprechstunde durchgeführt wird ist von den Krankenkassen zertifiziert und anerkannt. Die Datenerhebung, -verarbeitung und –nutzung zur Videosprechstunde erfolgt nach Maßgabe der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag – Ärzte SGB V.

Wir informieren Sie hiermit:

- Die Teilnahme an der Videosprechstunde ist für mich/mein Kind und Mitarbeitende der Klinik freiwillig ist
- Die Videosprechstunde findet zur Gewährleistung der Datensicherheit und eines störungsfreien Ablaufes auf beiden Seiten in geschlossenen Räumen, die eine angemessene Privatsphäre sicherstellen, statt
- Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt auf beiden Seiten eine Vorstellung aller im Raum anwesenden Personen
- Aufzeichnungen jeglicher Art sind während der Videosprechstunde nicht gestattet
- Die Mitarbeiter informieren im Rahmen der Sprechstunde entsprechend der Anforderungen die Teilnehmer zur Durchführung der Videosprechstunde (nach Maßgabe von § 3 der Vereinbarung über die Anforderungen an die technischen Verfahren zur Videosprechstunde gemäß Anlage 31 b zum Bundesmantelvertrag –Ärzte SGB V)
- Sie willigen in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Gesundheitsdaten im Rahmen der Videosprechstunde durch Mitarbeitende der Klinik ein. Immer entsprechend der sowieso geltenden Datenschutzbestimmungen Sie können jederzeit ohne besondere Form- und Fristforderungen die Einwilligung bei den Mitarbeitenden der Klinik widerrufen

Universitätsklinikum Tübingen

# ANAMNESEBOGEN

**Fragebogen ausgefüllt am:** _____ **von:** Mutter ☐ Vater ☐ _____

## KIND / JUGENDLICHER

| | |
|---|---|
| **Vor- und Nachname** | |
| **Geschlecht** | ☐ männlich ☐ weiblich ☐ _____ |
| **Geburtsdatum** | |
| **Geburtsort** | |
| **Kind lebt bei** | ☐ Leiblichen Eltern ☐ Pflegeeltern<br>☐ Leiblicher Mutter ☐ Wohngruppe<br>☐ Leiblichem Vater ☐ Adoptiveltern<br>☐ _____ |

| | |
|---|---|
| **Aktuelle Schulart:**<br>(Grundschule, Gemeinschaftsschule, etc.)<br><br>Klasse:<br>Klassenlehrer/in: | Name und Anschrift der Schule:<br><br>Tel.: |

## VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

**Vorstellung veranlasst durch:**

☐ Eltern ☐ Kinderarzt/Hausarzt: ☐ Therapeut: _____

☐ Schule ☐ Kindergarten ☐_____

**Hauptproblem / Vorstellungsanlass:**

**Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf?**

**Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?**

Universitätsklinikum Tübingen

| | |
|---|---|
| **Ziel der Vorstellung:** | |
| **ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES** | |
| **VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT** | **Wievielte Schwangerschaft?** ☐ 1. ☐ 2. ☐ 3. ☐ 4. ☐ ___ |
| | **Falls Anzahl von Geschwistern von Anzahl Schwangerschaften abweicht: Welche Probleme sind aufgetreten?** |
| | **Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft** (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle von Angehörigen, Trennung, Umzug, etc.): |
| | **Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf** (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.): |
| | **Risikofaktoren:**<br>☐ Rauchen. Wenn ja, wie viel?<br>☐ Alkoholkonsum. Wenn ja, wie viel?<br>☐ Drogenkonsum. Wenn ja, welche Drogen und wie viel? |
| **GEBURT** | **Schwangerschaftswoche der Entbindung:** |
| | **Alter der Mutter bei Geburt:** |
| | **Verlauf / Komplikationen während der Geburt:** |
| | **Geburtsgewicht:** **Körpergröße:**<br>**Kopfumfang:** **APGAR:** **NapH:** |

Universitätsklinikum Tübingen

| Verlauf nach der Geburt | |
|---|---|
| | **Komplikationen nach der Geburt:** |
| | **Wurde ihr Kind gestillt?** ☐ nein<br>☐ ja, bis zum ☐☐ Lebensmonat |

**Frühkindliche Entwicklung**

**Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt?** (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.)

| Alter in Monaten | | | |
|---|---|---|---|
| | **Motorische Entwicklung des Kindes** | | |
| | Alleine sitzen | Alleine stehen | Frei laufen |
| | | | |
| | **Sprachliche Entwicklung des Kindes** | | |
| | Erste Worte sprechen | Einfache Sätze bilden | |
| | | | |
| | **Sauberkeitsentwicklung des Kindes** | | |
| | Trocken/sauber tagsüber | Trocken/sauber nachts | Rückfälle |
| | | | |

**Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche?**

**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

Universitätsklinikum Tübingen

## KITA-/KINDERGARTENZEIT

**Besucht/besuchte Ihr Kind eine Kindertagesstätte** (U-3)

☐ ja, Eintrittsalter: ___ Jahre ___ Monate

☐ nein

**Gab es Auffälligkeiten?**

☐ ja, welche_____

☐ nein

**Besucht/besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?**

☐ ja, Eintrittsalter: ___ Jahre ___ Monate

☐ nein, weil:

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (z.B. Trennungsängstlichkeit)?

☐ nein ☐ ja, welche:

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern zurecht?

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den ErzieherInnen zurecht?

Gibt / gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

☐ nein ☐ ja, welche:

Gab es während der Kindergartenzeit Unterstützungsmaßnahmen von außen?

☐ Integrationskraft ☐ Sonstiges

**Wie gerne geht/ging Ihr Kind in den Kindergarten?**

☐ sehr gerne ☐ gerne ☐ mittel ☐ nicht so gerne ☐ sehr ungern

**Gab es einen Kindergartenwechsel?**

☐ nein ☐ ja, wann (Jahr; Alter des Kindes), warum:

## SCHULISCHE ENTWICKLUNG

**Wann wurde Ihr Kind eingeschult?**

Schuljahr: Alter des Kindes: ___ Jahre ___ Monate

Welche Schule: _____

Universitätsklinikum Tübingen

**Gab es bei Einschulung/zu Beginn der Schulzeit Schwierigkeiten?**

☐ nein ☐ ja, welche:

**Gab/gibt es in der Grundschulzeit Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?**

| **Wie kommt/kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Kindern zurecht?** | **Wie kommt/kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Lehrkräften zurecht?** |
|---|---|

**Hat ihr Kind in der Grundschule eine Klasse wiederholt?**

☐ nein ☐ ja, welche, weshalb:

Einschulung in Klasse 5 (weiterführende Schule)

Welche Schule:_____

**Kam es zu Schulwechseln?**

☐ nein ☐ ja, wann (Klassenstufe): welche Schule_____

**Hat Ihr Kind eine Klasse in der weiterführenden Schule wiederholt?**

☐ nein ☐ ja, welche: ☐ weshalb?:

**Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes in der Schule aktuell beschreiben?**

**Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?**

☐ überdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ unterdurchschnittlich

**Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes:**

☐ zufrieden ☐ meistens zufrieden ☐ selten zufrieden ☐ unzufrieden

Noten des letzten Zeugnisses/Halbjahresinformation:

Mathe: Deutsch: Englisch:

**Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?**

☐ nein ☐ ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):

Universitätsklinikum Tübingen

**Wurde bereits eine Diagnose gestellt?**

☐ nein ☐ ja, welche, wann:

## BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND

**Bitte beschreiben** (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.)

☐ Trennungserfahrungen: _____ wann:

☐ Scheidung der Eltern: _____ wann:

☐ Tod (wichtiger Bezugsperson): _____ wann:

☐ Geburt von Geschwistern:_____ wann:

☐ Unfall: _____ wann:

☐_____ wann:

## FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG

| **Wie häufig…** | Jeden Tag | Etwa 3-5 Mal pro Woche | Etwa 1-2 Mal pro Woche | Seltener | Nie |
|---|---|---|---|---|---|
| …trifft sich Ihr Kind mit anderen Kindern (außerhalb der Schulzeit) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| …spielt Ihr Kind im Freien? | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| …ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden? (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach?** (Bsp.: Fußball, Chor, Pfadfinder, etc.)

Universitätsklinikum Tübingen

**Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?**

| | Weniger als 1 Stunde | Etwa 1-2 Stunden | Etwa 3-4 Stunden | Mehr als 4 Stunden | Gar nicht |
|---|---|---|---|---|---|
| Handy / Smartphone | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Computer / Tablet / Internet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Fernsehen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Playstation / Wii / Konsole | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

**Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit elektronischen Medien?** (TV, PC, Tablet, Handy, etc.)

Montag bis Freitag: ☐☐ Stunden Wochenende: ☐☐ Stunden

## KRANKHEITEN UND ALLERGIEN

**Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?**

**Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?**

**Bisherige Krankenhausaufenthalte:**

**Chronische Erkrankungen**

☐ Asthma, seit: _____

Medikation: _____

☐ andere: _____ seit:_____

Medikation: _____

**Allergien**

☐ Medikamente: _____

☐ Nahrungsmittel: _____

☐ Gräser / Bäume: _____

☐ Tierhaare: _____

☐ andere: _____

Universitätsklinikum Tübingen

| | |
|---|---|
| **Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich?** | Am Tag: ☐☐ In der Nacht: ☐☐ |
| **Wie lange braucht Ihr Kind um einzuschlafen?**<br>☐ 10-30 Min.<br>☐ 30-60 Min.<br>☐ 60-90 Min.<br>☐ 90 -120 Min.<br>☐_____ | **Wacht Ihr Kind häufig nachts auf?**<br>☐ nein ☐ ja, wie oft:<br>☐ weshalb (z. B. Alpträume, unruhiger Schlaf, etc.):<br><br>**Wie reagieren Sie dann als Eltern?** |

| **FAMILIE** | | |
|---|---|---|
| | ☐ **Leibliche Mutter**<br>☐ **Adoptivmutter** ☐ **Pflegemutter** | ☐ **Leiblicher Vater**<br>☐ **Adoptivvater** ☐ **Pflegevater** |
| **Vor- und Nachname** | | |
| **Aktuelle Anschrift** | | |
| **Telefon** | | |
| **Handy** | | |
| **Geburtsdatum** (Alter) | | |
| **Geburtsort** | | |
| **Nationalität** | | |
| **Erlernter Beruf** | | |
| **Derzeitige Tätigkeit** | | |
| **Arbeitsumfang**<br>Std./Woche | | |
| **Höchster allgemein-bildender Schulabschluss** | ☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler<br>☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch<br>☐ Haupt-/Volksschule | ☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler<br>☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch<br>☐ Haupt-/Volksschule |

| | | |
|---|---|---|
| | ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule<br>☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ | ☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule<br>☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ |
| **Höchster beruflicher Abschluss** | ☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in<br>☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung<br>☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung<br>☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung<br>☐ Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie<br>☐ Fachhochschule, Ingenieurschule<br>☐ Universität oder Hochschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ | ☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in<br>☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung<br>☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung<br>☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung<br>☐ Fachschule, z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie<br>☐ Fachhochschule, Ingenieurschule<br>☐ Universität oder Hochschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ |
| **Erwerbstätigkeit** | ☐ Vollzeit erwerbstätig<br>☐ Teilzeit erwerbstätig<br>☐ geringfügig erwerbstätig<br>☐ nicht erwerbstätig<br>☐ in Rente/ in Frührente seit:_____ | ☐ Vollzeit erwerbstätig<br>☐ Teilzeit erwerbstätig<br>☐ geringfügig erwerbstätig<br>☐ nicht erwerbstätig<br>☐ in Rente/ in Frührente seit:_____ |
| **Berufliche Stellung** (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten) | ☐ Angestellte<br>☐ Arbeiterin<br>☐ Beamtin<br>☐ Landwirtin im Haupterwerb<br>☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter | ☐ Angestellter<br>☐ Arbeiter<br>☐ Beamter<br>☐ Landwirt im Haupterwerb<br>☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter<br>☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern<br>☐ Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt) |

| | | |
|---|---|---|
| | ☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern<br>☐ Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt)<br>☐ Auszubildende, Praktikantin, Volontärin<br>☐ Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende<br>☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr<br>☐ noch nie erwerbstätig gewesen | ☐ Auszubildender, Praktikant, Volontär<br>☐ Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender<br>☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr<br>☐ noch nie erwerbstätig gewesen |
| **Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind** | ☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)<br>☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)<br>☐ nein | ☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)<br>☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)<br>☐ nein |
| | | |
| **Sorgerecht** | ☐ ja ☐ nein | ☐ ja ☐ nein |
| **LEBENSSITUATION DER ELTERN** | | |
| ☐ zusammenlebend, seit: _____<br>☐ verheiratet, seit: _____<br>☐ getrennt lebend, seit: _____ | | ☐ geschieden, seit: _____<br>☐ andere Familienkonstellation:<br>_____ |
| **FÜR GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE** | | |
| | **Lebenspartner/in der Mutter** | **Lebenspartner/in des Vaters** |
| **Vor- und Nachname** | | |
| **Geburtsdatum** (Alter) | | |
| **Geburtsort** | | |

| | | |
|---|---|---|
| **Nationalität** | | |
| **Partnerschaft seit** | | |
| **Zusammenlebend seit** | | |
| **Erlernter Beruf** | | |
| **Derzeitige Tätigkeit** | | |
| **Arbeitsumfang** Std./Woche | | |
| **Höchster allgemein-bildender Schulabschluss** | ☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler<br>☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch<br>☐ Haupt-/Volksschule<br>☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule<br>☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben):_____ | ☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler<br>☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch<br>☐ Haupt-/Volksschule<br>☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule<br>☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben):_____ |
| **Höchster beruflicher Abschluss** | ☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z. B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in<br>☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung<br>☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung<br>☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung<br>☐ Fachschule, z. B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie<br>☐ Fachhochschule, Ingenieurschule<br>☐ Universität oder Hochschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ | ☐ kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z. B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in<br>☐ kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung<br>☐ Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung<br>☐ Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung<br>☐ Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie<br>☐ Fachhochschule, Ingenieurschule<br>☐ Universität oder Hochschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ |

| | | |
|---|---|---|
| **Erwerbstätigkeit** | ☐ Vollzeit erwerbstätig<br>☐ Teilzeit erwerbstätig<br>☐ geringfügig erwerbstätig<br>☐ nicht erwerbstätig<br>☐ in Rente/ in Frührente seit:_____ | ☐ Vollzeit erwerbstätig<br>☐ Teilzeit erwerbstätig<br>☐ geringfügig erwerbstätig<br>☐ nicht erwerbstätig<br>☐ in Rente/ in Frührente seit:_____ |
| **Berufliche Stellung** (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten) | ☐ Angestellte<br>☐ Arbeiterin<br>☐ Beamtin<br>☐ Landwirtin im Haupterwerb<br>☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter<br>☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern<br>☐ Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt)<br>☐ Auszubildende, Praktikantin, Volontärin<br>☐ Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende<br>☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr<br>☐ noch nie erwerbstätig gewesen | ☐ Angestellter<br>☐ Arbeiter<br>☐ Beamter<br>☐ Landwirt im Haupterwerb<br>☐ selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter<br>☐ selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern<br>☐ Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt)<br>☐ Auszubildender, Praktikant, Volontär<br>☐ Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender<br>☐ Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr<br>☐ noch nie erwerbstätig gewesen |
| **Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind** | ☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)<br>☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)<br>☐ nein | ☐ ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie)<br>☐ ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit)<br>☐ nein |
| **Höchster allgemein-bildender Schulabschluss** | ☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler<br>☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch<br>☐ Haupt-/Volksschule<br>☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule | ☐ noch keinen Abschluss/ noch Schüler<br>☐ Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch<br>☐ Haupt-/Volksschule<br>☐ Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule |

| | | |
|---|---|---|
| | ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule<br>☐ anderer Schulabschluss (z. B. im Ausland erworben):_____ | ☐ Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule<br>☐ anderer Schulabschluss(z. B. im Ausland erworben):_____ |

## UMGANGSREGELUNG (BEI GETRENNT LEBENDEN ELTERNPAAREN)

☐ Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil.

Wie häufig?

☐ Es besteht ***kein*** Kontakt mit dem leiblichen Vater / der leiblichen Mutter.

Seit wann und warum?

**Umgangsregelung entstanden durch:**

☐ Eltern untereinander / einvernehmlich ☐ Beratungsstelle ☐ Jugendamt

☐ Gericht ☐_____

**Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?**

☐ sehr zufrieden ☐ zufrieden ☐ unzufrieden

**Andere Wohn-/Lebenssituation:**

☐ lebt bei den Großeltern **Hauptansprechpartner:** _____

☐ lebt in Wohngruppe

## GESCHWISTER

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Vorname** | | | | | |
| **Nachname** | | | | | |
| **Geburtsdatum** | | | | | |
| **Beziehung** | ☐Voll-geschwister<br>☐Halb-geschwister<br>☐Stief-geschwister | ☐Voll-geschwister<br>☐Halb-geschwister<br>☐Stief-geschwister | ☐Voll-geschwister<br>☐Halb-geschwister<br>☐Stief-geschwister | ☐Voll-geschwister<br>☐Halb-geschwister<br>☐Stief-geschwister | ☐Voll-geschwister<br>☐Halb-geschwister<br>☐Stief-geschwister |
| **Falls Halbgeschwister/ Stiefgeschwister** | ☐ mütter-licherseits<br>☐ väter-licherseits | ☐ mütter-licherseits<br>☐ väter-licherseits | ☐ mütter-licherseits<br>☐ väter-licherseits | ☐ mütter-licherseits<br>☐ väter-licherseits | ☐ mütter-licherseits<br>☐ väter-licherseits |
| **Klasse; Schulart oder Schulabschluss** | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Ausbildung / Beruf** | | | | | |
| **Gibt es Probleme, Auffälligkeiten oder Erkrankungen?**<br><br>**Wenn ja, welche?** | Körperlich:<br><br>psychisch/ Verhalten: | Körperlich:<br><br>psychisch/ Verhalten: | Körperlich:<br><br>psychisch/ Verhalten: | Körperlich:<br><br>psychisch/ Verhalten: | Körperlich:<br><br>psychisch/ Verhalten: |
| **Lebt mit dem Kind/Jugendlichen im gleichen Haushalt?** (ja/nein) | | | | | |

## BEKANNTE ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER FAMILIE

| | Leiblicher Vater | Leibliche Mutter | Oma (mütterlicher-/ väterlicherseits) | Opa (mütterlicher-/ väterlicherseits) | Sonstige Verwandte |
|---|---|---|---|---|---|
| **Welche körperlichen und psychischen Erkrankungen liegen bekanntermaßen in der Familie vor?** | körperlich:<br><br>psychisch: | körperlich:<br><br>psychisch: | körperlich:<br>ms:<br>vs:<br><br>psychisch:<br>ms:<br>vs: | körperlich:<br>ms:<br>vs:<br><br>psychisch:<br>ms:<br>vs: | körperlich:<br>ms:<br>vs:<br><br>psychisch:<br>ms:<br>vs: |
| **Suizidversuche** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Vollendete Suizide** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## BISHERIGE LÖSUNGSVERSUCHE / BEHANDLUNGEN

**Welche Empfehlungen wurden bisher ausgesprochen (von Kinderarzt, Schule, Therapeuten, etc.)?**

**Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?**

Universitätsklinikum Tübingen

| **Bisherige Behandlungen/Therapien**<br>(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation) | | | |
|---|---|---|---|
| **Art der Behandlung**<br>(Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/ Arzt bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung) | **Alter**<br>**(bei Beginn)** | **Dauer**<br>**(Monate und Häufigkeit/ Anzahl der Kontakte)** | Wo/Was konkret? |
| Ergotherapie | | | |
| Logopädie | | | |
| Lerntherapie | | | |
| Psychologische Beratungsstelle | | | |
| Ambulante Psychotherapie | | | |
| **Art der Behandlung**<br>(Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/Arzt, bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung) | **Alter**<br>**(bei Beginn)** | **Dauer**<br>**(Monate und Häufigkeit/Anzahl der Kontakte)** | Wo/Was konkret? |
| Kinderpsychiatrische Behandlung | | | |
| Teilstationäre Psychotherapie (Tagesklinik) | | | |
| Stationäre Psychotherapie | | | |
| Ambulante Krisenintervention/Notfallvorstellung | | | |
| Stationäre Krisenintervention | | | |
| Medikation | | | **Medikation:**<br><br>**Dosierung:** |
| Sonstiges | | | |
| Bisherige Diagnosen (sofern bekannt): | | | |
| **JUGENDAMT** | | | |
| **Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?** ☐ nein ☐ ja | | | |

Universitätsklinikum Tübingen

**Wenn ja, welches Jugendamt war/ist zuständig?**

☐ Tübingen ☐ Reutlingen ☐ _____

Zuständiger Ansprechpartner/in:

Name: _____

Telefonnummer: _____

| **Art, der Hilfen durch das Jugendamt:** | **Beginn und Umfang (pro Woche) der Hilfe:** |
|---|---|
| ☐ Beratung | ☐_____ |
| ☐ Aufsuchende Familienhilfe (SPFH) | ☐_____ |
| ☐ Erziehungsbeistandschaft (EZB) | ☐_____ |
| ☐ Intensive Einzelfallhilfe | ☐_____ |
| ☐ Familientherapie | ☐_____ |
| ☐ Tagesgruppe | ☐_____ |
| ☐ Wohngruppe | ☐_____ |
| ☐ _____ | ☐_____ |
| ☐ _____ | ☐_____ |

| | |
|---|---|
| **Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen oder länger?** | ☐ nein ☐ ja |

**Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?**

**Falls Sie möchten, können Sie hier aufführen, mit welchen Erwartungen Sie zu uns kommen:**

## Vielen Dank!