

Unterlagen zur Erstvorstellung

Liebe Familien,

herzlich willkommen in der KJP-Praxis Mani Sina.

Für die anstehende Erstvorstellung Ihres Kindes haben wir Ihnen die erforderlichen Aufnahmeunterlagen zusammengestellt. Bitte füllen Sie alle Dokumente vollständig und gut lesbar aus.

Für die verbindliche Bestätigung Ihres Erstvorstellungstermins benötigen wir **die vollständig ausgefüllten Unterlagen sowie die Versichertenkarte Ihres Kindes spätestens eine Woche vor dem vereinbarten Termin.**

Bitte geben Sie die Unterlagen persönlich in unserer Praxis ab.

Erst nach fristgerechtem Eingang der Unterlagen gehen wir davon aus, dass Sie den Termin wahrnehmen. Sollten die Unterlagen nicht rechtzeitig bei uns eingehen, werden wir dies als Terminabsage und entfernen den Termin aus unserem Kalender.

Wir freuen uns auf Ihr Kind und auf die Zusammenarbeit mit Ihnen.

Mit freundlichen Grüßen

Das Team der KJP-Praxis Mani Sina

Documents for the Initial Assessment

Dear Families,

welcome to the Child and Adolescent Psychiatry Practice of Mani Sina.

For the upcoming initial assessment of your child, we have prepared the required intake documents for you. Please complete all forms fully and legibly.

To confirm your appointment for the initial assessment, we require the fully completed documents **as well as your child's health insurance card no later than one week before the scheduled appointment**. Please submit the documents **in person** at our practice.

We assume that you will attend the appointment only once the documents have been received on time. If the documents are not submitted by the deadline, we will consider this a cancellation and remove the appointment from our schedule.

We look forward to meeting your child and working with you.

Kind regards

The Team of the Child and Adolescent Psychiatry Practice Mani Sina

Einverständniserklärung der Eltern zur Vorstellung / Behandlung ihres Kindes in der KJP-Praxis Mani Sina

Hiermit erkläre ich mich mit der Vorstellung / Behandlung
meines Kindes

_____ ,

geb. am _____, in der hiesigen Praxis einverstanden.

Vor- und Nachname (Mutter)

Vor- und Nachname (Vater)

Sorgerechtsangabe:

- ☐ Die oben angegebenen Personen haben das gemeinsame Sorgerecht
- ☐ Das alleinige Sorgerecht liegt bei der Mutter
- ☐ Das alleinige Sorgerecht liegt beim Vater
- ☐ Sonstige Regelungen:

☐ _____
Das alleinige Sorgerecht liegt bei folgender Einrichtung:

☐ _____
Das alleinige Sorgerecht liegt bei folgender Person:

Ich versichere, alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäß gemacht zu haben und verpflichte mich, jede Abweichung unverzüglich mitzuteilen.

Ort, Datum

Unterschrift
(Erziehungsberechtigte Mutter)

Unterschrift
(Erziehungsberechtigter Vater)

Stammblatt für privat versicherte Kinder und Jugendliche in der KJP-Praxis Mani Sina

Vor- und Zuname
des Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum
des Kindes/Jugendlichen:

Anschrift
des Kindes/Jugendlichen:

Telefonnummer
des Kindes/Jugendlichen:

Vor- und Zuname
des Hauptversicherten:

Geburtsdatum
des Hauptversicherten:

Anschrift
des Hauptversicherten:

Telefonnummer
des Hauptversicherten:

Datum, Unterschrift

Vereinbarung zur Leistungserbringung für privat versicherte Patienten durch die KJP-Praxis Mani Sina

Die KJP-Praxis Mani Sina erbringt Leistungen für Ihre Kinder als Patienten bzw. für Sie als Eltern des Patienten/Familie. Diese Leistungen umfassen Diagnostik- und Behandlungseinheiten.

Diese Leistungen werden von unseren Ärzten, Psychologen und/oder Therapeuten erbracht, um stets die höchstmögliche Versorgungsqualität für Sie sicherzustellen.

Möchten Sie diese Leistungen in Anspruch nehmen, so bitten wir Sie um die Anerkennung folgender Punkte:

1. Eigenmotivation und Eigenverantwortung sind entscheidende Grundvoraussetzungen, um eine Verbesserung einer nicht zufriedenstellenden Situation zu erlangen.
2. Ich bzw. wir erhalte/n eine individuelle und persönliche Beratungs-/Behandlungs-/Begleitungs-Leistung, welche nach Erbringung nicht mehr rückgabefähig ist.
3. Uns ist bewusst, dass wenn unser Kind/wir als Familie die Beratung/Behandlung/Begleitung bekommen und damit eine GOÄ-Leistung empfangen, wir auch die Rechnungspartner der KJP-Praxis Mani Sina sind. Wir erklären uns daher dazu bereit, den für diese Leistungen in Rechnung gestellten Betrag, unabhängig von einer möglichen Erstattung durch andere (Krankenversicherung, Krankenzusatzversicherung, Beihilfestelle o.ä.), zu begleichen.
4. Sollte es mir/uns nicht möglich sein, einen Termin wahrzunehmen, so ist dieser Termin bis spätestens 24 Stunden vor Terminbeginn telefonisch abzusagen (der Anrufbeantworter ist jederzeit eingeschaltet). Sollte dies versäumt werden, wird in der Regel eine Ausfallgebühr von 40 Euro pro versäumtem Termin in Rechnung gestellt.
5. Sollten mehrere Termine nicht abgesagt und versäumt werden, so behält sich die KJP-Praxis Mani Sina vor, die weitere Terminvergabe bis zur Begleichung der Ausfallgebühren auszusetzen.
6. Haftungsausschluss: Ich entbinde die KJP-Praxis Mani Sina von der Haftung über die persönlichen Gegenstände (Kleidung, Handy, MP3-Player etc.) meines Kindes/mir/uns. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei Beschädigung oder Verlust kein Anspruch an die KJP-Praxis Mani Sina gestellt werden kann.
7. Möchte ich eine Rechnung per Überweisung begleichen, so ist das Zielkonto das Folgende: Sparkasse Leverkusen, IBAN: DE50 3755 1440 0100 1661 07, BIC: WELADEDLLEV. Die Überweisung sollte unter Angabe des Patientennamens, der Rechnungsnummer und des Rechnungsdatums erfolgen. Ich habe außerdem die Möglichkeit direkt in der Praxis per EC-Karte zu bezahlen.

Datum, Unterschrift

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung der KJP-Praxis Mani Sina

Name, Vorname (Patient¹): _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name, Vorname (Vertreter): _____

Name, Vorname (Vertreter): _____

Art der Behandlung: ärztlich-therapeutische Behandlung

Beginn der Behandlung: ab sofort/mit dem ersten Kontakt zur Praxis

1. Einwilligung in die Verarbeitung von Gesundheitsdaten sowie Schweigepflichtentbindungserklärung

Die KJP-Praxis Mani Sina verarbeitet im Rahmen der von mir/uns in Vollmacht des Patienten beauftragten Behandlung gesundheits- und sonstige personenbezogene Daten des Patienten und solche der unterzeichnenden Vertreter, soweit dies für die Durchführung der Behandlung notwendig ist. Die Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung der genannten Daten ergeben sich aus der DSGVO (Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung - DSGVO), insbesondere § 9 lit. h) und dem BDSH (neu), insbesondere § 22 Abs. 1 Nr. 1 lit. b) BDSG (neu).

Ich gebe freiwillig die nachstehend von mir angekreuzten Erklärungen ab. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine nachstehend abgegebenen Erklärungen gegenüber der Praxis jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Mir ist auch bekannt, dass die bis zu einem Widerruf aufgrund meiner Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt, wenn ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen sollte. Bei einem Widerruf kann die Behandlung nicht fortgesetzt werden.

☐ **Ich erkläre mich damit einverstanden**, dass die Praxis die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten verarbeitet, bei den weiter unten aufgeführten Personen und Stellen (z.B. Ärzte, Krankenhäuser, Gutachter, Sozialversicherungsträgern, Behörden, Gerichten) Unterlagen, die mit der Behandlung im Zusammenhang stehen, anfordert, übermittelt und verwertet. Ich entbinde die Praxis und die aufgeführten Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

☐ Sollte im Verlaufe der Behandlung die Beiziehung ergänzender Behandlungsunterlagen bei weiteren Personen oder Stellen notwendig werden, **erkläre ich mich damit einverstanden**, dass die Praxis auch diese Unterlagen anfordert und für die Behandlung verwertet. Ich entbinde die entsprechenden Personen und Stellen zugleich von der Pflicht zur Verschwiegenheit.

¹ Soweit nachfolgend von „Patient“ gesprochen wird, gilt diese Bezeichnung aus Gründen der Übersichtlichkeit sowohl für die männliche als auch die weibliche Person oder sonstige Drittgeschlechtliche.

2. Weitergabe von Daten an benannte Dritte

Sie können als Patient/in Vollmacht des Patienten weitere (ggf. vertretungsberechtigte) Dritte benennen, denen wir die Daten und Informationen aus und zur Behandlung übermitteln.

Weitere (vertretungsberechtigte) Personen (bspw. Großeltern, gesetzliche Vertreter):

Name, Vorname: _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Name, Vorname: _____
(ggf. Geburtsname, früherer Name)

geb. am: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Ich gebe freiwillig die nachstehend von mir angekreuzten Erklärungen ab. Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, meine nachstehend abgegebenen Erklärungen gegenüber der Praxis jederzeit für die Zukunft zu widerrufen. Mir ist auch bekannt, dass die bis zu einem Widerruf aufgrund meiner Einwilligung erfolgte Verarbeitung rechtmäßig bleibt, wenn ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen sollte.

(Zutreffendes bitte in dem Kästchen vor dem nachfolgenden Text ankreuzen; nicht angekreuzte Erklärungen gelten als nicht abgegeben).

☐ **Ich bin/Wir sind damit einverstanden**, dass die Praxis meine zum Zwecke der Behandlung verarbeiteten Gesundheitsdaten direkt an den/die vertretungsberechtigten Dritten und **die benannten sonstigen Dritten (siehe unten!)** übermittelt und dass diese von dem vertretungsberechtigten Dritten verarbeitet werden. Insoweit entbinde ich die Praxis von ihrer Schweigepflicht.

Datum, Ort

Unterschrift
als Patient/Patientin, als gesetzl. Vertreter/ Vertreterin, als
Bevollmächtigter/ Bevollmächtigte

Name der Praxis/des Instituts	Ort, gerne komplette Anschrift	Ansprechpartner

Einwilligungserklärung im Rahmen der Datenschutz-Grundverordnung der EU

1. Mit dieser Einwilligungserklärung erklären Sie sich ausdrücklich damit einverstanden, dass die KJP-Praxis Mani Sina Ihre personenbezogenen Daten bzw. die Ihres Kindes verarbeiten darf.
2. Personenbezogene Daten sind Informationen, die dazu genutzt werden können, persönliche oder sachliche Verhältnisse über Sie zu erfahren (z.B. Name, Anschrift, Telefonnummer, Geburtsdatum oder E-Mail-Adresse). Informationen, bei denen wir keinen (oder nur mit einem unverhältnismäßigen Aufwand) Bezug zu Ihrer Person herstellen können, z.B. durch Anonymisierung der Informationen, sind keine personenbezogenen Daten.
3. Die Verarbeitung Ihrer Daten ist notwendig für die Vorstellung, Diagnostik, Beratung und Behandlung in unserer Praxis. Ihre Daten werden ausschließlich für diesen Zweck verarbeitet. Zur Erreichung des Verarbeitungszweckes verarbeiten wir die folgenden personenbezogenen Daten:
 - alle Daten, die die Krankenkassen uns auf der Krankenversichertenkarte zur Verfügung stellen
 - alle Daten, die im Rahmen der Vorstellung, Diagnostik, Beratung und Behandlung erstellt und erfasst werden
 - alle Daten, die Sie im Rahmen von Einverständniserklärungen, Elternfragebögen etc. bei uns angeben
 - alle Daten, die Sie uns bzgl. weiterer Ansprechpartner, die für unsere Arbeit wichtig sind, nennen (wir müssen davon ausgehen dürfen, dass diese Personen eingewilligt haben, dass Sie deren Daten an uns weitergeben – bitte stellen Sie dies sicher)
4. Es unterliegt Ihrer freien Entscheidung, ob Sie uns diese Daten mitteilen. Bitte seien Sie versichert, dass wir diese Daten zur bestmöglichen Diagnostik, Beratung und Behandlung unserer Patienten zwingend benötigen.
5. Sie haben jederzeit das Recht Ihre Einwilligung zu der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gemäß Artikel 21 Absatz 4 DSGVO zu widerrufen und zu verlangen, dass Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeitet werden.
Teilen Sie uns dies bitte schriftlich mit. Anmerkung: eine weitere Behandlung ist leider nicht möglich, wenn wir die Daten nicht nutzen dürfen!
Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass auch in Anwesenheit weiterer Patienten*Innen und/oder Mitarbeitern*Innen der KJP-Praxis Mani Sina zum Aufruf im Wartezimmer oder zur Ansprache in allgemeinen Räumlichkeiten der Praxis einschließlich der Flure und bei Telefonaten die Angestellten oder Inhaber der Praxis mich namentlich ansprechen, hierbei entweder mit dem Vor- oder dem Nachnamen, wobei mir bewusst ist, dass diese hierbei gleichzeitig auch durch anwesende Dritte zur Kenntnis genommen werden können. Die Einwilligungserklärung gilt auch ausdrücklich für den Vor- und Nachnamen oder gegebenenfalls einen Spitznamen meines Kindes, für die ich dies als Erziehungsberechtigte*r erkläre.
Die Einwilligung ist jederzeit für die Zukunft widerruflich. Der Widerruf kann formfrei erfolgen.

Name des Kindes in Druckbuchstaben: _____

Datum

Unterschrift

Elternfragebogen (KiGA)

Liebe Eltern,
für die Behandlung Ihres Kindes ist eine Vielzahl von Informationen notwendig. Wir bitten Sie daher,
alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte bringen Sie den Fragebogen am ____ / ____ / 20__ um ____:____ Uhr zum Gesprächstermin mit.

Ausgefüllt am: ____ / ____ / 20__

Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: ____ / ____ / 20__ Alter: ____ Jahre
Geburtsort: _____
Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Anschrift: _____
Telefon/Handy: _____
Nationalität: _____
Kindergarten: _____
Überwiesen von: _____
Hausarzt/Kinderarzt: _____

I. Familie

1. Mutter des Kindes

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Alter: ____ Jahre
Ausgeübter Beruf: _____
Arbeitszeit: _____

2. Vater des Kindes

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Alter: ____ Jahre
Ausgeübter Beruf: _____
Arbeitszeit: _____

3. Familienverhältnisse

Lebt das Kind mit den leiblichen Eltern zusammen? ☐ ja ☐ nein
Wenn nein, mit wem sonst und seit wann?

Lebt sonst noch jemand mit im Haushalt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, wer? (z.B. Großeltern, andere Verwandte)

Sind die Eltern des Kindes

- - verheiratet?
- - getrennt lebend // geschieden?
- - verstorben?
- - wieder verheiratet?

→ Falls ja: Mutter seit
Vater seit

☐ ja, seit: _____ ☐ nein
☐ ja, seit: _____ ☐ nein
☐ ja, seit: _____ ☐ nein
☐ ja, seit: _____ ☐ nein

4. Erkrankungen in der Familie

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern oder anderen Verwandten besondere Erkrankungen vor?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche:

☐ seelische Erkrankungen, ☐ Selbstmordversuch, ☐ Alkoholismus, ☐ Medikamentenabhängigkeit,
☐ ambulante oder ☐ stationäre nervenärztliche Behandlungen, ☐ Sonstige: _____

5. Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister:

(bei Stief-/Halbgeschwistern schreiben sie bitte ein „S“/„H“ nach dem Vornamen).

Vorname	Alter	wohnt zuhause
1. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Wohn- und Lebensverhältnisse

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

☐ ja ☐ nein

Falls nein, wo schläft das Kind?

II. Schwangerschaft und Geburt

Traten bei der Mutter während der Schwangerschaft und Geburt besondere Komplikationen oder Erkrankungen auf?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche:

Geburtsgewicht und Größe des Kindes:

_____ g _____ cm

Hat die Mutter während der Schwangerschaft

- Medikamente (z.B. Schmerzmittel) eingenommen?

☐ ja ☐ nein

- Alkohol getrunken?

☐ ja ☐ nein

- Geraucht? (falls ja, wie viel: _____ pro Tag)

☐ ja ☐ nein

Traten bei der Mutter während der Schwangerschaft seelische Belastungen oder Konflikte auf?

Falls ja, welche:

War die Befindlichkeit der Mutter

nach der Geburt gestört?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: ☐ Überforderung, ☐ Erschöpfung, ☐ Angst, ☐ sonstiges: _____

III. Entwicklung des Kindes

1. Frühkindliche Entwicklung

Traten im ersten Lebensjahr Komplikationen, Krankheiten oder Besonderheiten auf?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche:

2. Körperliche Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der körperlichen Entwicklung? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: _____

3. Sprachentwicklung

Gab es Besonderheiten in der Sprachentwicklung? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: _____

Wird das Kind zweisprachig erzogen? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche Sprachen: _____

In welcher Sprache unterhalten Sie sich mit dem Kind zu Hause hauptsächlich?

☐ Deutsch ☐ andere Sprache: _____

4. Sauberkeitsentwicklung

Gab es Besonderheiten in der Sauberkeitsentwicklung? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: _____

5. Krankheiten

Liegen schwerwiegende Krankheiten vor? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche: _____

Wurde das Kind schon einmal stationär behandelt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wo, wann, wie lange: _____

Bekam das Kind längere Zeit Medikamente? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche, warum und wie lange: _____

6. Bisherige medizinische Behandlungen

Wann war das Kind zuletzt beim Augenarzt?

Am ____ / ____ / 20____

Wurde dem Kind eine Brille verordnet?

☐ ja ☐ nein

Wann war das Kind zuletzt beim HNO-Arzt?

Am ____ / ____ / 20____

Benötigt das Kind ein Hörgerät?

☐ ja ☐ nein

7. Auffälligkeiten

Wurden bei Ihrem Kind folgende Auffälligkeiten beobachtet?

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Alter beim ersten Auftreten angeben)

- | | |
|---|-----------------|
| • <input type="checkbox"/> Daumenlutschen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Nägelkauen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Einnässen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Einkoten | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Essstörungen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Nächtliches Aufschrecken | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Traurigkeit und Weinen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, Erbrechen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Ruckartige Körperbewegungen | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Geräusche von sich geben | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreibauffälligkeiten | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Rechenauffälligkeiten | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Starker Trotz | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Kann sich nicht (gut) an Regeln halten | mit ____ Jahren |
| • <input type="checkbox"/> Sachzerstörungen | mit ____ Jahren |

- ☐ Körperliche Gewalttätigkeit mit _____ Jahren
- ☐ Körperliche Unruhe mit _____ Jahren
- ☐ Konzentrationsstörungen mit _____ Jahren
- ☐ Zündeln mit _____ Jahren
- ☐ Immer im Mittelpunkt stehen wollen mit _____ Jahren
- ☐ Stehlen mit _____ Jahren
- ☐ Aufmerksamkeitsauffälligkeiten mit _____ Jahren
- ☐ Sonstiges: _____ mit _____ Jahren

IV. Kindergarten und Schule

1. Kindergarten

Besucht das Kind eine / n

Krippe / Kindergarten / Tagesstätte?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, halbtags oder ganztags? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wurden von den Betreuern auffällige Verhaltensweisen
des Kindes berichtet?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, welche: _____

2. Schule

Wann wird das Kind eingeschult?

Am _____ / _____ / 20_____

V. Beziehungen zu anderen Personen

1. Verhältnis zu Eltern und Geschwistern

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Mutter?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“: _____

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Vater?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“: _____

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Geschwistern?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“: _____

2. Verhältnis zu anderen Personen

Spielt das Kind lieber für sich allein / mit jüngeren Kindern / mit älteren Kindern / Gleichaltrigen /
Erwachsenen? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Hat es Freunde/Freundinnen, mit denen es
sich regelmäßig trifft?

☐ ja

☐ nein

Wo trifft es sich im Allgemeinen mit seinen Freunden / Freundinnen?

VI. Erziehung

Hat Ihr Kind regelmäßig Pflichten?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, welche? _____

Wieviel Taschengeld bekommt Ihr Kind?

Pro Woche _____ Euro

Wer erzieht das Kind vorwiegend? _____

Sind Sie sich bei Erziehungsmaßnahmen einig?

☐ ja

☐ nein

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern:

Bei wem lebt das Kind überwiegend? _____

Wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil (Besuchsregelung)? _____

VII. Medienkonsum

Besitzt Ihr Kind ein Handy?

☐ ja

☐ nein

Besitzt Ihr Kind einen eigenen Fernseher
in seinem Zimmer?

☐ ja

☐ nein

Wie häufig darf das Kind fernsehen?

☐ täglich

☐ alle 2- 3 Tage

☐ nur am Wochenende

☐ nur als Belohnung

sonstiges:

Wieviel Stunden am Tag darf das Kind fernsehen?

ca. _____ Minuten

Besitzt Ihr Kind einen PC / Playstation etc.?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind uneingeschränkten Zugang zum Internet?

☐ ja

☐ nein

Wieviel Zeit verbringt das Kind tägl. am PC / Playstation? ca. _____ Minuten

VIII. Interessen und Stärken

Welche besonderen Interessen, Vorlieben oder Hobbys hat das Kind?

Ist es in einem Verein oder einer Freizeitgruppe?

☐ ja

☐ nein

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Nennen Sie drei positive Eigenschaften Ihres Kindes:

1) _____

2) _____

3) _____

IX. Problemverhalten

Welche Probleme treten im Alltag mit Ihrem Kind auf?

Welche Ursachen vermuten Sie?

Wurde das Kind wegen des Problems schon einmal
einer anderen Stelle vorgestellt?

☐ ja

☐ nein

Falls ja, wo und wann? (Falls Berichte/Ergebnisse/Briefe etc. vorliegen bitte eine Kopie mitbringen)

Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung Ihres Kindes?
