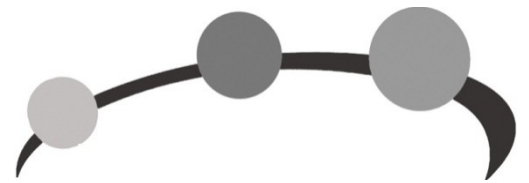


**Elternfragebogen**  
Alle Angaben sind freiwillig



Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Sozialpsychiatrie

Dr. med. Anne Bischoff • Dipl. -Med. Gundula Hofmann

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname und Geburtsdatum des Kindes

Mein Kind besucht:

den Kindergarten

die Schule, Klasse

Personalien der Eltern

Name der Mutter:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:..... Geburtsort:.....

Konfession:..... Ausbildung:.....

Schulabschluss:.....

Aktuelle berufliche Tätigkeit:.....

Name des Vaters:..... Vorname:.....

Geb.-Datum:..... Geburtsort:.....

Konfession:..... Ausbildung:.....

Schulabschluss:.....

Aktuelle berufliche Tätigkeit:.....

Telefonnummer der/des Sorgeberechtigten:.....

Handy-Nummer der/des Sorgeberechtigten: .....

Eltern sind geschieden  Ja  Nein

Eltern leben getrennt  Ja  Nein

Andere wichtige Bezugspersonen wie neue Lebenspartner:.....

.....

Das Sorgerecht liegt bei: .....

.....

### Geschwister

Name:

Vorname

Geb.-Datum:

Schule/Beruf:

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

Das Kind lebt in einem Haushalt mit:

.....

.....

Die Familie wird betreut:     Ja     Nein

vom Jugendamt:.....

zuständige/r Sachbearbeiter/in:.....

ggf. Familienhilfe (SPFH):.....

Wer ist der behandelnde Haus- oder Kinderarzt?

.....

Hat schon einmal eine **kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung** stattgefunden? Wenn ja, wann und bei wem?.....

Hat schon einmal eine **psychotherapeutische Behandlung** stattgefunden? Wenn ja, wann und bei wem?

.....