


Katrin Kühne
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie
Systemische Paar- und Familientherapie
Traumatherapie

Feldstr 38
24105 Kiel

 0431 88822250

Fragebogen zur Vorgeschichte

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und –ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung <hr/> <p style="text-align: right;">(welche?)</p>	

2. Angaben zur leiblichen Mutter / Stiefmutter

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Geborene
Geburtsdatum und –ort		Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/>		
Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

3. Angaben zum leiblichen Vater /Stiefvater

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Geborener
Geburtsdatum und –ort		Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/>		
Arbeitslos		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

4. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?

5. Wer hat die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgeschlagen?

Eltern Arzt Kindergarten

Hort/Tagesgruppe Schule Beratungsstelle

Jugendamt/KSD Sonstige

_____ (Wer?)

6. Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe? Was soll sich durch die Therapie auf jeden Fall verändern?

7. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Jahre

8. Wie verlief die Schwangerschaft?

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme?	

9. Wie verlief die Geburt des Kindes?

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?		
_____ (welche?)				
Fragen zum Kind:				
Gewicht: _____	Gramm	Länge: _____	cm	
Kopfumfang: _____	cm	Apgar-Werte / /		
Musste Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt werden?				

10. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Lernte frei sitzen mit: _____	Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____	Monaten
Lernte frei laufen mit: _____	Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: _____	Monaten
Sprach erste Worte mit: _____	Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: _____	Monaten
Besonderheiten: _____ (welche?)			

11. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Welche Personen versorgten Ihr Kind überwiegend in den ersten 3 Lebensjahren?		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Krabbelstube
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)	<input type="checkbox"/> andere Personen	_____

12. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig (mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfworfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> sucht viel die Nähe der Mutter	<input type="checkbox"/> sucht viel Körperkontakt
<input type="checkbox"/> wehrt Körperkontakt ab	<input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden	<input type="checkbox"/> eifersüchtig
<input type="checkbox"/> oft krank	<input type="checkbox"/> spielt wenig auf eigene Initiative	<input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich

13. Fragen zur Kindergartenzeit

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten? _____ Jahre

Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten? Nein Ja _____
(welchen?)

Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten? Nein Ja

Gab es im Kindergarten Probleme? Nein Ja _____
(welche?)

14. Fragen zum Schulalter

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren? trifft nicht zu

ein Elternteil Verwandte/Bekannte Tagesmutter

Hort Tagesgruppe versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes? Einschulungsjahr-Grundschule: _____

normaler Verlauf Vorklasse besucht verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse _____ Wechsel auf eine Sonderschule
(welche?)

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule? regelmäßig

verspätet sich oft fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____
(welche?)

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer Küche Wohnzimmer

Hort Schule anderswo _____
(wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig mit gelegentlicher Hilfe vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

Erhält Ihr Kind Nachhilfe?

nein ja _____
(welche?)

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit? entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: _____ Klasse: _____

Name der Klassenlehrerin: _____

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss Förderschulabschluss ESA

MSA Fachhochschulreife Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

15. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber: allein mit anderen Kindern mit Erwachsenem

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein Musikgruppe Spielgruppe

Jugendgruppe Spielpark/Jugendzentrum anderes: _____

16. Wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer oder Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt ja bei:

17. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Ohrenerkrankungen Sehstörungen Hörstörungen

Augenerkrankungen Sprachstörungen Bewegungsstörungen

Hauterkrankungen/Allergien Asthma Stoffwechselerkrankungen/Diabetes

Hirn-/Hirnhautentzündungen Anfallsleiden andere Krankheiten

Aktuelles Gewicht: _____ Größe: _____ (welche?)

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

entfällt bei Geschwistern beim Vater

bei der Mutter bei den Großeltern bei anderen Verwandten

18. Gab es Belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

19. Welche Stärken besitzt Ihr Kind? Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?

Welche? _____

20. Woran würden Sie merken, dass Ihrem Kind die Therapie hilft

21. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter Vater Geschwister

Verwandter _____ andere Person _____

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind

_____ geb.: _____

In der KJP Praxis Katrin Kühne psychotherapeutisch behandelt wird. Die Datenschutzbestimmungen habe ich gelesen und ich erkläre mich damit einverstanden.

(Unterschrift aller Sorgeberechtigter)

Ort, Datum

Ohne Ihr ausdrückliches Einverständnis darf ich mit niemandem über Ihre Problematik reden, keine weiteren Informationen einholen und auch keine Auskunft geben. Falls ich mit anderen Personen Kontakt aufnehmen und auch den überweisenden Arzt/Hausarzt informieren soll, müssen Sie mich von der Schweigepflicht entbinden.

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinden wir Katrin Kühne von der Schweigepflicht gegenüber:

.....
.....
.....

Hiermit entbinden wir:

.....

gegenüber Frau Kühne von der Schweigepflicht.

.....Datum:.....

Unterschrift aller Sorgeberechtigten

Liebe Patienten, liebe Eltern

nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) bin ich verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck die Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

Verantwortlichkeit:

Für die Datenspeicherung, Nutzung und Sicherheit ist verantwortlich:
Katrin Kühne -Praxisinhaberin-
Feldstr 38
24105 Kiel
Tel 0431 88822250

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen. Hierzu verarbeite ich Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieempfehlungen und Befunde, die ich erhebe. Zu diesen Zwecken können mir auch andere Ärzte oder Psychotherapeuten, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen). Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen. Die Bereitstellung erfolgt nur durch ihre schriftliche Schweigepflichtentbindung der Behandler.

Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht. Der Zugang zu Ihren Daten ist geschützt und somit nur den berechtigten Personen zugänglich.

Empfänger der Daten

In der Abrechnungsdokumentation werden die durchgeführten Behandlungen erfasst.

Ich übermittle Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem die Kassenärztliche Vereinigung, Krankenkassen und bei Privatpatienten ggf. privatärztliche Verrechnungsstellen sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

Speicherung ihrer Daten

Ich bewahre Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben und die Durchführung der Behandlung erforderlich ist. Aufgrund rechtlicher Vorgaben bin ich dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

Ihre Rechte:

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen. Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten und das

Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung zu. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:
Unabhängiges Landeszentrum für Datenschutz Schleswig-Holstein (ULD) Holstenstraße 98,
24103 Kiel

Rechtsgrundlage

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit § 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz, sowie § 75 Abs. 1b SGB V. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an mich wenden.

Datenschutz ist ein wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements. Eine Kopie dieser Information gebe ich Ihnen gern mit.