


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

Kieler Strasse 72  
24340 Eckernförde  
 04351 7696200

### 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/> <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



### 9. Wie verlief die Geburt des Kindes?

normal                       zu früh                       Querlage                       Saugglocke                       Zange  
 Kaiserschnitt                       Blutaustausch                       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?

beide Elternteile                       Mutter                       Vater  
 Großeltern                       Tagesmutter                       Krabbelstube  
 andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)                       andere Personen \_\_\_\_\_

### 12. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

immer in Bewegung                       verletzte sich viel                       Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper  
 ungeschickt mit den Händen                       sehr ruhig, bewegungsarm                       Einschlafstörungen  
 Durchschlafstörungen                       Angstträume, Schlafwandeln                       Essschwierigkeiten  
 Haare ausreißen                       sucht viel die Nähe der Mutter                       sucht viel Körperkontakt  
 wehrt Körperkontakt ab                       sehr ängstlich gegenüber Fremden                       eifersüchtig  
 oft krank                       spielt wenig auf eigene Initiative                       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 \_\_\_\_\_  
(welche?)

Wechsel auf eine Sonderschule

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       Sonderschulabschluss       Hauptschulabschluss

Realschulabschluss       Fachhochschulreife       Abitur

---

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ (welche?)  
Größe: \_\_\_\_\_

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?**

Welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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:  
Katrín Kühne -Praxisinhaberin-  
Kieler Str 72  
24340 Eckernförde  
Tel 04351 7696200

### **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.