

Allgemeine Daten des Patientenkindes / Jugendlichen

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Alter:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Telefonnummer:	
Versichert bei: <small>(Krankenkasse)</small>		Handynummer: <small>(falls vorhanden)</small>	
PLZ Krankenkasse		Vers.-Nr.:	
Mitversichert bei Eltern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bei		

Bitte nicht ausfüllen! Wird von der Klinik ausgefüllt!

Gruppe:	<input type="checkbox"/> 4 – 7 J <small>(Skatergruppe)</small>	<input type="checkbox"/> 8 – 15 J <small>(Jugendgruppe)</small>	<input type="checkbox"/> 16 – 18 J <small>(Jugendliche)</small>
Zimmernummer:		Zimmertelefon:	
Anreisetag:		Aufenthaltsdauer:	
Aufnahme möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufn. KiTa möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Entwicklungsstand – Kindergarten – Schule – Ausbildung

Gab es bei den Früherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) beim Kinderarzt Auffälligkeiten? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besucht ihr Kind eine Einrichtung für Kinder mit besonderem Förderbedarf?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat ihr Kind in dem Kindergarten/Schule eine sozialpädagogische Einzelbetreuung? Wie viele Stunden pro Woche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche Schulart und Klasse besucht Ihr Kind? (z.B. Grundschule, Hauptschule, Ausbildung etc.) _____ _____		

Gesundheitliche Fragen		
Allergien und/oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Epilepsie, etc.)? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegen körperliche/psychische Beeinträchtigungen vor? Welche? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gibt es eine Pflegestufe? Welche Stufe? _____ Wie äußern sich diese Einschränkungen im Alltag? Was haben Sie ambulant für zusätzliche Unterstützung? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikation: _____		
Sonstiges: _____		

Behandelnder Kinderarzt bzw. Kinder- und Jugendpsychiater			
Titel/Nachname:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Wohnort:	
Tel.:		Fax:	

Berufstätigkeit der Eltern				
Mutter - Beruf: _____	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> halbtags	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit
Vater - Beruf: _____	<input type="checkbox"/> zu Hause	<input type="checkbox"/> halbtags	<input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit
Wohnortwechsel: _____	<input type="checkbox"/> Kindergartenwechsel		<input type="checkbox"/> Schulwechsel	

Angaben zur Familie

Mutter	Name, Vorname	
	Wohnort	
Vater	Name, Vorname	
	Wohnort	

Sonstige zum Haushalt gehörende Personen

Familienstand seit dem _____

<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> alleinerziehend

Beziehung zum nicht im Haushalt lebenden Elternteil

regelmäßig _____ mal im Monat

selten/sporadisch alle _____ Wochen Monate

keinen Kontakt seit ca. _____

Sorgerecht Mutter Vater beide

Sonstige (z.B. Vormund, Betreuer)

Name _____

Anschrift _____

Nächste Bezugsperson

Sollten Sie während des Aufenthaltes in der Klinik erkranken und in eine andere Klinik verlegt werden (z.B. Abklärung bei extremen Schmerzen), wen können wir für die Betreuung Ihres Kindes verständigen?

Name, Vorname _____

Telefonnummer _____ Handynummer _____

Wichtige Hinweise zur Aufsichtspflicht

Aufsichtspflicht und elterliche Verantwortung (§§ 832, 1626 – 1698b BGB) verbleibt während des gesamten Aufenthaltes im AMEOS Klinikum Intal bei dem/den Sorgeberechtigten.

Eine Ausnahme besteht lediglich während des vereinbarungsgemäßen Aufenthaltes Ihres/Ihrer Kind/er in der **klinikinernen Tagesstätte**. Hier liegt die Aufsichtspflicht bei den Erzieher*innen.

Die Aufsichtspflicht der Erzieher/Innen **beginnt** zu dem Zeitpunkt wenn Sie Ihr/e Kind/er

- in die Anwesenheitsliste der Tagesstätte eingetragen haben UND
- das/die Kind/er den Erzieher*innen durch den Sorgeberechtigten übergeben wurde/n

Die Aufsichtspflicht der Erzieher/Innen **endet** zu dem Zeitpunkt wenn das/die Kind/er

- von einem Sorgeberechtigten abgeholt wird/werden oder
- die Abholung durch eine von dem/den Sorgeberechtigten legitimierten erwachsenen Person erfolgt (Vorlage des unterschiedenen Formblatts) oder
- bei Jugendlichen ab 12 Jahren bei Vorlage einer schriftlichen Einwilligung, dass der/die Jugendliche/n die Tagesstätte zu einem vereinbarten Zeitpunkt verlassen darf/dürfen.

Allgemeine Hinweise zur Betreuung

- Während der Therapiezeiten der Eltern werden Kinder und Jugendliche in der KiTa betreut
- Es ist erforderlich, dass der Sorgeberechtigte den/die Minderjährigen täglich von Mo-Fr in die KiTa bringt und ihn/sie in die Anwesenheitsliste einträgt
- Jugendliche ab 14 Jahren, die ohne Elternteil in der Klinik sind, tragen sich eigenständig ein
- Die Anmeldung der Minderjährigen erfolgt in den jeweiligen Betreuungsgruppen

Belehrung und Einverständniserklärung

Ich bestätige hiermit, dass meine Angaben vollumfänglich korrekt sind. Die Hinweise zur **Aufsichtspflicht** und **Kinderbetreuung** habe ich zur Kenntnis genommen und bin mit den darin enthaltenen Regelungen einverstanden.

Wir sind mit der Behandlung des Kindes in der hiesigen Klinik einverstanden.

Nur mit Unterschrift aller Sorgeberechtigter kann das Kind bzw. der/die Jugendliche aufgenommen werden!

Datum_____
Unterschrift **ALLER** Sorgeberechtigten_____
Unterschrift Kind/Jugendliche*r

Erstellt am/-/durch:	Geprüft am/-/durch:	Freigegeben am/-/durch:	Revision am/-/durch:
22.07.20/UTA		31.07.20/KUM; 09.11.20/NUB	06.11.20/UTA
Speicherpfad: G:\\Vorlagen\\Verwaltung\\Persönlicher_Fragebogen_Patientenkind_Jugendliche.doc			

Vom Kind / Jugendlichen auszufüllen

Dieser Teil des Fragebogens soll die Sicht des Kindes/Jugendlichen abbilden. Deshalb sollten die Fragen soweit möglich selbstständig durch das Kind bzw. Jugendlichen ausgefüllt werden. Falls dies nicht möglich ist bedarf es einer Unterstützung beim Ausfüllen oder Schreiben durch die Eltern.

Welches sind deine wichtigsten Probleme oder Sorgen?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Was sind die wichtigsten Probleme im Miteinander mit deiner Mutter / deinem Vater / deinen Eltern?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Seit wann bestehen sie?
<hr/> <hr/> <hr/>

Wodurch wurden sie deiner Meinung nach ausgelöst oder wovon hängen sie ab?
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Was hast du bereits gegen deine Probleme unternommen? Haben diese geholfen?

Wurdest du wegen deiner Probleme bereits ärztlich/psychologisch untersucht oder behandelt? Wenn ja, wann, wo und von wem?

Erhältst du Hilfe vom Jugendamt? Welche Erfahrungen hast du damit gemacht?

Was soll in unserer Klinik für dich getan werden?

Welche Schulen hast du bislang besucht und gab es dabei Schwierigkeiten? Ggf. welchen Abschluss hast du erlangt?

Hat dir jemand empfohlen, dich in unserer Klinik behandeln zu lassen? Wie stehst du dazu?

Vom Elternteil auszufüllen

Ergänzende Angaben durch die Eltern zu den Sorgen oder Problemen des Kindes:
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Sehen Sie Schwierigkeiten in der Beziehung zu Ihrem Kind/ Ihren Kindern? Wenn ja, an was soll gearbeitet werden, damit sich die Beziehung verändert?	
Bei Ihnen: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	Beim Kind: <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>