

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie Krankenhaus Alsterdorf Interdisziplinäre Behandlung Eltern-Kind (IBEK)

Liebe Mutter/Vater/Bezugsperson,

im Rahmen einer psychiatrischen Behandlung müssen auch immer soziale Aspekte und Vorerkrankungen sowie Vorbehandlungen erhoben werden.

Wir bitten Sie daher als Vorbereitung auf unser Vorgespräch und Ihre mögliche stationäre Behandlung, diesen Bogen auszufüllen und möglichst zeitnah an uns zurück zu schicken.

Falls Sie etwas nicht wissen oder erinnern, lassen Sie das Feld bitte frei.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name, Vorname _____ geb. am: _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Überweisender
Arzt / Institution _____

1. Soziale Anamnese

Wie ist Ihr Familienstand?

ledig geschieden verheiratet / eingetr. Lebenspartnerschaft verwitwet

Aktuelle Partnerschaftliche Beziehung/Ehe: Nein Ja, seit _____

Alter / Beruf Partner*in _____

Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?

Hauptschule Mittlerer Schulabschluss / Realschule Abitur Keiner

Sonstiger Schulabschluss _____

Haben Sie eine abgeschlossene Berufsausbildung/Lehre oder Studium?

Nein Ja, als _____

Abgebrochene Ausbildung / Lehre / Studium: _____

Sind Sie aktuell arbeitstätig/angestellt?

Nein Ja, mit _____ Std./Woche als _____

Sind Sie aktuell krankgeschrieben? Nein Ja, seit _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten mehrfach krankgeschrieben? Nein Ja, ca. _____ Mal

Fragebogen für Eltern/Bezugspersonen

Falls Sie aktuell nicht arbeitstätig sind:

Wann waren Sie zuletzt arbeitstätig? Jahr _____ mit _____ Std./Woche

Bitte kreuzen Sie die zutreffenden Punkte an:

Ich lebe von meinem Gehalt Gehalt Partner/in ergänzenden Leistungen
 ALG I ALG II Pflegegeld EU/BU-Rente Elterngeld

Sonstiges _____

Wie leben Sie?

mit Kind*ern mit Partner*in / Kindsvater*mutter mit _____

Wohnung/Haus ist zu klein ausreichend groß _____ qm² _____ Zimmer

Haben Sie eine anerkannte Schwerbehinderung?

Nein Ja GdB _____ % seit _____ (Jahr) wegen _____

Haben Sie eine gesetzliche Betreuung?

Nein Ja seit _____ Fr./Hr. _____ Tel.: _____

Haben Sie eine Wiedereingliederungshilfe (ASP)?

Nein Ja seit _____ Fr./Hr. _____ Tel.: _____

Haben Sie eine Familienhilfe?

Nein Ja seit _____ Fr./Hr. _____ Tel.: _____

Haben Sie mehr als 1000 Euro Schulden?

Nein Ja ca. _____ Euro laufendes Insolvenzverfahren

Haben/hatten Sie rechtliche Probleme oder wurden jemals rechtskräftig verurteilt? Nein Ja

Fühlen Sie sich einer Glaubensrichtung verbunden? Nein Ja

2. Angaben zu Ihrem Kind / Ihren Kindern:

Name	Geburtsdatum	Sorgerecht: gemeinsam alleiniges	Falls Eltern getrennt: Kontakt zu Vater/Mutter: ja / nein	lebt bei

Ich bin angemeldet mit folgendem/n Kind/Kindern: _____

Welches Anliegen oder welche gesundheitliche Beeinträchtigung führt Sie zu uns?

Seit wann besteht das Problem? Haben Sie deswegen Hilfe/Unterstützung gesucht? Bei wem?

3. Somatische/psychiatrische Anamnese

Leiden Sie aktuell / litten Sie früher unter einer der folgenden körperlichen Erkrankungen?

	nein	ja	Bemerkung
Herzerkrankungen/Rhythmusstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Auffälliges EKG/Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Magengeschwür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Häufigen Magenschmerzen /Sodbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Darmerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nieren-/Blasenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rheuma/andere Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gehirnhautentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schädelverletzung / Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knochenbruch/(Unfall-)Verletzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus/Schwangerschaftsdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Augenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hauterkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gynäkologische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Wurde bei Ihnen eine Bildgebung des Kopfes durchgeführt?

Nein Ja im Jahr _____ wegen _____

Leiden Sie unter Schmerzen (z.B. Kopf- oder Rückenschmerzen, Migräne)?

Nein Ja _____ ca. _____ x im Monat / in der Woche

Hatten Sie Operationen? Nein Ja _____

Wie groß sind Sie? _____ cm Wie viel wiegen Sie? _____ Kg

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (auch Medikamente)?

Nein Ja, gegen / von _____

Wie haben Sie Ihr Kind/Ihre Kinder geboren? Vaginal Sectio Zange/Saugglocke

Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch gehabt? Nein Ja, im Jahr _____

Haben Sie eine Fehlgeburt gehabt? Nein Ja, in der _____ SSW im Jahr _____

Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge? Nein Ja

Haben Sie alle empfohlenen Impfungen? Nein Ja Weiß nicht

Gibt/gab es in Ihrer nahen Verwandtschaft körperliche Erkrankungen?

Nein Ja (was/bei wem) _____

Gibt/gab es Ihrer nahen Verwandtschaft seelische Erkrankungen oder vermuten Sie eine?

Nein Ja (was/bei wem) _____

Waren Sie als Kind/Jugendliche/r in psychiatrischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

Nein Ja bei _____ Jahr _____

Hatten Sie eine der folgenden Auffälligkeiten in der Kindheit/Jugend? Bitte ankreuzen.

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haare-Ausreißen/sich selber weh tun | <input type="checkbox"/> Nägelkauen | <input type="checkbox"/> Schlafwandeln/Nachtschreck |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Ängste/Schulangst | <input type="checkbox"/> Stottern/Sprachschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Lese/Rechtschreibschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Ess-Schwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> Häufig erkrankt | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Sind/waren Sie als Erwachsene/r in ambulanter psychiatrischer/nervenärztlicher Behandlung?

Nein Ja bei _____ Jahr _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein (auch Bedarfsmedikation/frei verkäufliche)?

Medikament	Dosierung/Einnahme	seit wann	verschrieben von

Haben Sie früher einmal Medikamente zur Behandlung einer seelischen Störung genommen?

Medikament	Einnahme von – bis	abgesetzt wegen	verschrieben von

Waren Sie schon einmal wegen einer seelischen Erkrankung oder einer Suchterkrankung in stationärer oder teilstationärer (Reha-) Behandlung? Oder in einer Mutter-Kind-Kur?

Name der Klinik/Tagesklinik	Jahr	wegen

Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?

Therapeut/in	von – bis / aktuell laufend seit	Therapieverfahren: Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch, analytisch; Gruppe

_____ Datum

_____ Unterschrift