

---

# Fragebogen für Eltern/Begleitpersonen

---

Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie  
Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf

---

Interdisziplinäre Behandlung Eltern-Kind (I-BEK)

---

*Liebe Patientin, lieber Patient,*

*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 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	
Geburtstag	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-mail	
Krankenkasse	
Überweisender Arzt/Institution	

### **1. Soziale Anamnese**

Wie ist Ihr Familienstand?

ledig  geschieden/getrennt lebend  verheiratet  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 \_\_\_\_\_

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

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  Pflegegeld  EU/BU-Rente  ALG II  Elterngeld

Sonstiges \_\_\_\_\_

Wie leben Sie?

mit Kind/ern  mit PartnerIn/Kindsvater/mutter  mit \_\_\_\_\_

Wohnung/Haus ist zu klein  ausreichend gross  \_\_\_\_\_qm \_\_\_\_\_ 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 laufendes Insolvenzverfahren

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

nein  ja

Fühlen Sie sich einer Glaubensrichtung verbunden?

nein  ja

**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?

---

---

---

---

---

**2. Somatische/psychiatrische Anamnese**

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

	nein	ja	Bemerkung
Herzerkrankungen/Rhythmusstörung			
Auffälliges EKG/Belastungs-EKG			
Zu hoher Blutdruck			
Magengeschwür			
Häufigen Magenschmerzen /Sodbrennen			
Darmerkrankungen			
Nieren-/Blasenerkrankung			
Rheuma			
andere Autoimmunerkrankung			
Schilddrüsenerkrankung			
Epileptische Anfälle			
Gehirnhautentzündung			
Schädelverletzung / Gehirnerschütterung			
Knochenbruch			
Sonstige (Unfall-)Verletzungen			
Diabetes mellitus			
Schwangerschaftsdiabetes			
Augenerkrankung			
Hauterkrankung			
Gynäkologische / Urologische (M/V)			
sonstige:			

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

O nein O ja O \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_\_x im Monat / in der Woche

Hatten Sie Operationen? O nein O ja: \_\_\_\_\_

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm Wie viel wiegen Sie? \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten (auch Medikamente)?

O nein O ja, gegen/von \_\_\_\_\_

Wie haben Sie Ihr Kind/Ihre Kinder geboren? vaginal  Sectio  Zange/Saugglocke   
 Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch gehabt?  nein  ja  
 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 Behandlung?

nein  ja, bei: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Waren Sie als Kind/Jugendliche/r in psychotherapeutischer/psychologischer Behandlung?

nein  ja, bei: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

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

Haare-Ausreißen/sich selber weh tun  Nägelkauen  Bettnässen

Konzentrationsschwierigkeiten  Stottern/Sprachschwierigkeiten  Ess-Schwierigkeiten

Ängste/Schulangst  Schlafwandeln/Nachtschreck  Lese/Rechtschreibschwierigkeiten

Häufig erkrankt  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

Besuchen Sie eine Selbsthilfegruppe:  nein  ja, zum Thema: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_