

Kinderarztpraxis Dr. Clara Boxler

Bamberger Str. 10, 96215 Lichtenfels

Tel.: +49 (0)9571 75 86 75 1



## Fragebogen zum Gesprächstermin

### Sehr geehrte Patienteneitern,

Damit wir uns auf das von Ihnen gewünschte Gespräch vorbereiten können bitten wir Sie, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen und ihn spätestens 2 Tage vor dem Gesprächstermin an uns zurückzugeben.

Es geht um mein/unser Kind:

Name

Geburtsdatum

Unser/mein Kind besucht (Krippe, Tagesmutter, Hort, Kindergarten, Schule, etc.)

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

Mein Kind verbringt in dieser Einrichtung am Tag \_\_\_\_\_ Stunden.

Bei diesem Gesprächstermin geht es um folgende/s Thema/en:

---

---

---

---

---

---

---

---

1. Für wen ist dieses Thema besonders wichtig (Mutter/Vater/Kind/Sonstige)?

---

---

2. Seit wann besteht dieses Thema für Sie?

---

3. Besteht dieses Problem auch für Ihr Kind und in welcher Form?

---

---

---

4. Ist das Problem auch für andere Personen ein Thema? (Vater/Mutter/Großeltern/Kiga/Schule)

---

---

---

5. Wie haben die anderen Personen/Einrichtungen bislang darauf reagiert?

---

---

---

---

6. Wird Ihr Kind wegen dieses Themas anders behandelt, geärgert, ausgegrenzt? Wenn ja, von wem:

---

---

---

---

7. Haben Sie zu diesem Thema schon anderweitig Hilfe und Beratung ersucht? Wenn ja, von wem:

---

---

---

8. Hat sich für Sie oder Ihr Kind in der letzten Zeit was verändert?

Ist das Problem in der Vergangenheit schon mal aufgetreten? Wenn ja, wann:

---

Gibt es Veränderungen in der Familie (Tod, Umzug, Trennung, Schulwechsel, etc.)? Wenn ja, welche:

---

---

Gibt es in Ihrer Familie Partner- oder Eheprobleme, Probleme mit Familie? Welche?

---

---

Hat Ihre Familie/Ihr Kind regelmäßig Kontakt zu Freunden, Verwandten?

---

---

Haben Sie und Ihr Kind Menschen, die Sie unterstützen können? Wenn ja, wer:

Name: \_\_\_\_\_



---

---

Gibt es in Ihrer Familie/Verwandte Erkrankungen, die in einem Zusammenhang stehen könnten? Wer?

---

---

---

Wird innerhalb der Familie offen über diese Erkrankungen gesprochen?

---

---

Ist ein Familienmitglied in medizinischer/therapeutischer Behandlung deshalb? Wenn ja, in welcher?

---

---

9. Welche Therapien/Behandlungen hat Ihr Kind bislang bekommen (wie Reha-Maßnahmen, Logo oder Ergo, Krankengymnastik, Psychotherapie), die nicht über unsere Praxis verordnet wurden?

- Psychotherapie: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Psychologische Beratung: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Logopädie: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Ergotherapie: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Lernhilfen: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Physiotherapie: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Rehabilitationsmaßnahme: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Neurodermitisschulung: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Adipositasschulung: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Asthmaschulung: Wann?/Wie lange? \_\_\_\_\_
- Sonstige ( z. B. alternative medizinisch/therapeutische Behandlungen)

---

---

---

Von wem wurde diese verordnet?

---

---

---

10. Welche Medikamente nimmt ihr Kind regelmäßig? Von wem wurden sie verordnet, wenn nicht von unserer Praxis verordnet?

---

---

Name: \_\_\_\_\_



11. Welches Medikament nimmt Ihr Kind wegen dieses Themas?

---

---

---

12. Welche Hilfsmaßnahmen haben Sie bislang unternommen?

---

---

---

---

13. Was erwarten Sie sich von unserem Gespräch?

---

---

---

---

---

---

---

Bitte geben Sie spätestens 2 Tage vor dem Gesprächstermin den Fragebogen bei uns ab, sonst verfällt der Termin.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

Name: \_\_\_\_\_

