



### Fragebogen vor Aufnahme der Behandlung

**Kind / Jugendlicher**

(Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Anschrift (Straße): \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mit wem versichert? \_\_\_\_\_

Kinder-/Hausarzt: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Kindergarten  
/ Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Musste bereits eine Jahrgangsstufe wiederholt werden?

Ja

Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Gab es einen  
besonderen Grund? \_\_\_\_\_

Die Vorstellung bei uns erfolgt  
auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

**Leibliche Mutter:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Das Sorgerecht liegt bei: \_\_\_\_\_

Die Eltern sind

verheiratet

getrennt seit: \_\_\_\_\_

Elternteil ist  
verstorben, wer: \_\_\_\_\_

**Leiblicher Vater:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

leben zusammen

geschieden seit: \_\_\_\_\_

Kind / Jugendlicher  
ist Adoptiv- oder  
Pflegekind



Lebte Ihr Kind schon  
einmal außerhalb der  
Familie?

Ja  Nein

Von wann bis wann?

---

Kind / Jugendlicher lebte in / bei:

---

Kind / Jugendlicher lebt  
aktuell in einer  
Einrichtung?

Ja  Nein Falls ja,  
welche Einrichtung?

---

**Geschwister:**

Vorname

Geburtsjahr /  
Männlich (M)/Weiblich (W)

Geschwister (G), Halb-  
(HG), Stiefgeschwister (SG)

Bekannte Krankheiten

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Schildern Sie bitte die  
Probleme, die zur  
Vorstellung bei uns  
führen und seit wann  
diese bestehen:

---

---

---

Gab es in der Schwangerschaft Probleme?  
Wenn ja, welche:

---

---

Gab es während der Geburt Probleme?  
Wenn ja, welche:

---

---

Gab es wichtige Vorerkrankungen /  
Klinikaufenthalte?

---

---

Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen?

---

Ist oder war Ihr Kind in ergotherapeutischer,  
logopädischer, krankengymnastischer oder  
einer anderen therapeutischen Behandlung?  
Ggf., weswegen?

---

---

---



DR. JAKOB NÜTZEL  
FACHARZT FÜR KINDER- UND  
JUGENDPSYCHIATRIE UND -PSYCHOTHERAPIE

Wurde Ihr Kind schon einmal bei einem  
anderen Kinder- und Jugendpsychiater, -  
psychotherapeuten oder in einer  
entsprechenden Klinikabteilung vorgestellt?

---

---

---

Wichtig:

Findet **gegenwärtig** eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer (kinder- und jugend)psychiatrischen Institutsambulanz (KJ-PIA) oder bei einer/einem anderen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/in statt?

Ja       Nein

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Wenn ja, welche, in welcher Dosierung und seit wann?

Medikament:

Dosierung:

Einnahme seit wann?

<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

Gibt es psychische Erkrankungen innerhalb  
der Familie?

---

---

Gibt es körperliche Erkrankungen innerhalb  
der Familie?

---

---

Welche Ziele hat Ihr Kind für die Behandlung bei uns?

Welche Ziele für die Behandlung haben Sie?

Was wäre Ihnen noch wichtig mitzuteilen oder zu fragen?

Bitte kommen Sie zum ersten Termin gemeinsam mit ihrem Kind.

Ausführliche Informationen über den Ablauf der Untersuchung finden Sie auf unserer Homepage unter [www.kjp-nuetzel.de](http://www.kjp-nuetzel.de)

Bei getrennt lebenden Eltern, die die elterliche Sorge gemeinsam ausüben, ist die schriftliche Einwilligung beider Elternteile in die Behandlung notwendig. Andernfalls kann über das Erstgespräch hinaus keine weitere Behandlung erfolgen. Bitte bringen Sie daher zum Erstgespräch die Einverständniserklärung für beide Elternteile mit, die Sie auf der folgenden Seite finden. Vielen Dank!

BITTE BRINGEN SIE ZUM VORSTELLUNGSTERMIN FOLGENDE UNTERLAGEN MIT:

- Versichertenkarte des Patienten (wird diese nicht vorgelegt, muss die Untersuchung privat in Rechnung gestellt werden)
- Das gelbe Untersuchungsheft für Kinder (U1-U9)
- Kopie verfügbarer Schulzeugnisse
- Kopie vorhandener Vorbefunde (Kinder- und Jugendpsychiater, Schulpsychologe, HNO, Augenarzt, etc.)

Bitte schicken Sie uns diesen Fragebogen noch vor Ihrem ersten Termin ausgefüllt an uns zurück.  
Vielen herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr  
Dr. Jakob Nützel

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie  
Fischergasse 16 (der Eingang befindet sich in der Türlmühlstraße)  
82362 Weilheim

Tel. 0881 / 6009 43 – 0  
Fax 0881 / 6009 43 – 29  
[info@kjp-nuetzel.de](mailto:info@kjp-nuetzel.de)  
[www.kjp-nuetzel.de](http://www.kjp-nuetzel.de)

## Einwilligungserklärung bei gemeinsamer elterlicher Sorge

Kind / Jugendliche/r \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname):

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Gemeinsame Erklärung:

Als gemeinsam sorgeberechtigte Elternteile erklären wir, dass wir mit der Behandlung unseres Kindes in der Praxis Dr. med. Jakob Nützel einverstanden sind.

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname der Mutter

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname des Vaters

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mutter

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vater

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Kontaktdaten des zweiten Elternteils (nicht auf der ersten Seite angegeben):

eMail: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_