

Fragebogen zum Gesprächstermin



Sehr geehrte Patientenelementern,

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 zurück zu geben.

Es geht um mein/unser Kind _____ (Name, Geb.datum)

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

Unser/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/Kindergarten/Schule)

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

6. Wird Ihr Kind wegen dieses Themas anders behandelt, geärgert, von anderen 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:

- Gibt es in Ihrer Familie/Verwandte Erkrankungen, die in einem Zusammenhang stehen könnten?
Welche:

- 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? _____ |
| ○ Adipositaschulung | 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 sie nicht von unserer Praxis verordnet wurden?

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

Die Datenschutzrichtlinien bleiben gewahrt. Bitte informieren Sie sich am Aushang.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit