

Universitätsklinikum Essen
Zentrum für Kinderheilkunde II
Interdisziplinäres Ambulanzteam
Kindernephrologie
Hufelandstr.55
45122 Essen
Tel. Nr.: 0201-723 8122

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

Um Ihr Kind so gut wie möglich betreuen zu können, benötigen wir Ihre Mithilfe. Eine Erkrankung kann nicht nur körperliche Ursachen haben, sondern auch andere Aspekte berühren. Für eine umfassende Betreuung ist es für uns von Bedeutung etwas mehr über Ihr Kind, seine Entwicklung und sein Umfeld zu erfahren. Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Auch die Fragen, die nicht direkt mit dem Problem ihres Kindes zu tun haben und Ihnen deshalb unwichtig erscheinen könnten, helfen uns die Situation Ihres Kindes besser beurteilen zu können. Falls Sie Fragen nicht beantworten wollen, lassen Sie das Feld einfach offen oder sprechen dies im persönlichen Gespräch an.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte bringen Sie Befunde von Voruntersuchungen mit!

Personalien des Kindes

Name: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Wer hat Ihnen die Vorstellung in unserer Ambulanz empfohlen?

Welchen Vorstellungsgrund hat der überweisende Arzt?

Welche Erwartungen haben Sie an unsere Behandlung?

Beschreiben Sie bitte das Problem Ihres Kindes

Vorgeschichte des Kindes:

Verlauf der Schwangerschaft: Gab es besondere Ereignisse? _____

Geburt:

Bitte Angaben zu Komplikationen

Geburtsgewicht: _____

Größe: _____

Entwicklung des Kindes:
Gab es Besonderheiten?

In der Säuglingszeit?

Im Kleinkindalter?

Gab oder gibt es gesundheitliche Probleme, die Ihr Kind in seiner Entwicklung behindert haben?

Welche besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Hatte Ihr Kind schon einmal eine Harnwegsinfektion/Blasen-Nierenentzündung?

Wenn ja, wie viele und seit wann? _____

Mit Fieber? ja nein

Stuhlgang:

Wie häufig hat Ihr Kind Stuhlgang? _____x/Tag oder alle ___ Tage

Neigt es zu Verstopfung? ja nein

Kommt es zu Stuhlschmierern? ja, etwa ___x/Woche nein

Kommt es zu Einkoten? ja, etwa ___x/Woche nein

Schlafverhalten:

Hat ihr Kind Schlafstörungen, wenn ja welche? _____

Bisherige Untersuchungen oder Behandlungen:

Institution z.B.: welches Krankenhaus, Urologe, Ergotherapie	Zeitpunkt	Untersuchungen/Behandlungen (z.B. Medikamente/Klingelhose etc.)	Wie bewerten Sie den Erfolg der Behandlung?

Verhalten

Gibt es Bereiche im Verhalten Ihres Kindes, die Ihnen Sorgen machen?

Gab/gibt es Auffälligkeiten im Kindergarten?

Wenn ja, welche? _____

Wie kommt das Kind mit anderen Gleichaltrigen zurecht? _____

Haben Sie Probleme mit der Erziehung Ihres Kindes?

Hat Ihr Kind Schulleistungsprobleme? Ja nein

Umgang mit dem Einnässen

Was glauben Sie, ist die Ursache für das Einnässen?

Aus Sicht des Vaters: _____

Aus Sicht der Mutter: _____

Aus Sicht des Kindes: _____

Falls Ihr Kind schon mal trocken war. Gab oder gibt es Ereignisse, die im Zusammenhang mit dem Beginn des Einnässens stehen? Wenn ja, welche?

Wie hoch ist der Leidensdruck?

Beim Vater? sehr wenig gar nicht

Bei der Mutter? sehr wenig gar nicht

Beim Kind? sehr wenig gar nicht

Ist Ihr Kind motiviert und zur Mitarbeit bereit? ja nein

Tritt das Einnässen mit Stress und Belastungssituationen häufiger auf? ja nein

Welche? _____

Reaktion auf das Einnässen:

Des Vaters: _____

Der Mutter: _____

Des Kindes: _____

Zieht sich Ihr Kind von Aktivitäten
(z.B.: Übernachtungen bei Freunden) mit Gleichaltrigen zurück? ja nein

Fragen zur Familie:

Gesetzlicher Vertreter des Kindes: Eltern Mutter Vater _____

Kind lebt bei den Eltern bei der Mutter bei dem Vater

Pflegeeltern Adoptiveltern

Bei _____

Eltern:

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: _____

Berufsausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: _____

Berufsausbildung: _____ derzeitige Tätigkeit: _____

Die Eltern des Kindes:

sind verheiratet leben zusammen leben getrennt sind geschieden, seit: _____

Geschwister:

Vorname	Geburtsdatum	Kiga/Schule/Berufsaus.	Lebt bei:

Probleme bei den Geschwistern (z.B.: Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Verhaltensprobleme)?

Wie kommen die Geschwister miteinander aus?

Erkrankungen/Probleme in der Familie der Mutter:

Erkrankungen/Probleme in der Familie des Vaters:

Wohnsituation:

Zufriedenheit mit der Wohnsituation
zufrieden wenig zufrieden unzufrieden

Bitte beschreiben Sie Ihre Wohnsituation (z.B.: Eigenheim, Mietshaus, Kind hat ein eigenes Zimmer)

Leben in Ihrem Haushalt weitere Personen?

wenn ja, welche _____

Umzüge seit Geburt des Kindes, wenn ja, wie viele und in welchem Alter des Kindes?

Gibt es zurzeit schwere Belastungen in Ihrer Familie (z.B.: Scheidung, Tod, Krankheit)?

Wenn ja, welche _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____