

Name: Datum:

FRAGEBOGEN ERSTGESPRÄCH (bitte beide Seiten ausfüllen)

Ausgefüllt am: von:

Name des/r Patienten*in: **Geburtsdatum:**.....

Telefonnummer:

Daten der MUTTER:

Name:.....

Geburtsdatum: **Beruf:**

Telefonnummer: **E-Mail:**.....

Daten des VATERS:

Name:

Geburtsdatum: **Beruf:**

Telefonnummer: **E-Mail:**

Haus- bzw. Kinderarztärztin:

Wer hat hierher überwiesen, uns empfohlen?

Grund der Vorstellung – warum kommen Sie hierher und seit wann bestehen diese

Probleme?.....

Muttersprache: **Andere Sprachen in der Familie:**

Eltern leben zusammen **getrennt** **geschieden**

in neuer Partnerschaft **in neuer Ehe**

Wer hat die Obsorge?.....

Gibt es eine Besuchsregelung? Wenn ja, in welchen Abständen?

Wenn neue Partnerschaft, Name Partner:

Wie sagt das Kind zu ihr/ihm?

Kind lebt bei Pflegeeltern **bei Adoptiveltern**

Geschwister (Name, Geburtsjahr)

Halbgeschwister? (Name, Geburtsjahr)

Stiefgeschwister? (Name, Geburtsjahr)

Wer lebt mit dem Kind im gemeinsamen Haushalt?

.....

