

## 1. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Krankenversicherung

Art der Krankenversicherung

☐ Privat (PKV) ☐ Gesetzlich (GKV)

Behandelnder Kinder-/Hausarzt

## 2. Vorstellungsanlass

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen?

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind in unserer Praxis vor?

Seit wann bestehen die Probleme?



### 3. Angaben zu den Eltern

#### Mutter

☐ Leibliche Mutter ☐ Adoptivmutter ☐ Pflegemutter ☐ Stiefmutter

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

#### Vater

☐ Leiblicher Vater ☐ Adoptivvater ☐ Pflegevater ☐ Stiefvater

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen



### 3. Angaben zu den Eltern

**Eltern leben**

- ☐ Zusammen  
☐ Getrennt

**Sorgerecht**

- ☐ gemeinsames Sorgerecht  
☐ alleiniges Sorgerecht

**Familienstand**

- ☐ verheiratet  
☐ ledig  
☐ feste Partnerschaft  
☐ getrennt  
☐ geschieden  
☐ verwitwet

**Kind/ Jugendlicher lebt bei**

- ☐ beiden biologischen Eltern  
☐ Mutter  
☐ Vater  
☐ Adoptiveltern  
☐ Pflegeeltern  
☐ sonstigen Erziehungspersonen

### 4. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/ Stellen (falls zutreffend)

- ☐ Vormund ☐ Wohngruppe ☐ Sonstiges

**Einrichtung**

**Nachname**

**Vorname**

**Strasse**

**Hausnummer**

**Postleitzahl**

**Ort**

**Mobilnummer**

**E-Mail-Adresse**

### 5. Vorgeschichte

#### Geburt

**Schwangerschaftswoche bei Entbindung**

**Alter der Mutter bei Geburt**

**Geburtsgewicht**

**Körperlänge**

**APGAR-Index**

**Komplikationen nach der Geburt**



## Frühkindliche Entwicklung

Laufen im Alter von (in Monaten)

Erste Worte im Alter von (in Monaten)

Erste Sätze im Alter von (in Monaten)

Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (beim Schlafen, Essen, Unruhe, in sozialen Kontakten)

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

## Spielverhalten

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

☐ Ja

☐ Nein

Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind Freunde

☐ Ja

☐ Nein

Kann Ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen?

☐ Ja

☐ Nein

## Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe

☐ Ja

☐ Nein

Besuch Kindergarten

☐ Ja

☐ Nein

Besonderheiten:

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu Anderen. Welche Stärken, welche Probleme gab es?



## Schulische Entwicklung

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Einschulung auf welcher Schule/Schulart

Welche Klasse besucht Ihr Kind zur Zeit?

Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

Gibt es schulische Probleme (Lernstoff, soziales Miteinander)?

☐ Nein

☐ Ja folgende:

Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss?

☐ Nein

☐ Ja, folgenden:

## 6. Körperliche Gesundheit

Gibt es Vorerkrankungen?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Wurde Ihr Kind schon in einem Krankenhaus behandelt?

☐ Nein

☐ Ja (Falls ja, bitte geben Sie Alter und Grund der Behandlung an)

Liegen Allergien vor?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:



## 6. Vorbehandlungen/Therapien

Bitte ankreuzen

- ☐ Logopädie
- ☐ Physiotherapie
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Psychiatrische Behandlung
- ☐ Ambulante Psychotherapie

Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozialpsychiatrischem/ sozialpädiatrischem Zentrum angebunden?

☐ Nein ☐ Ja, wo:

## 7. Bisherige und aktuelle Medikation

Nimmt Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche und seit wann?

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja welche und von wann bis wann?

## 8. Sonstiges

Gibt es aktuell weitere körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden?