

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind in meiner Praxis angemeldet. Um die Gesprächszeit optimal für Ihr Anliegen nutzen zu können, bitte ich Sie, diesen Fragebogen zur Anmeldung (6 Seiten) vorab auszufüllen und mir zukommen zu lassen. Vielen Dank!

Datum	
Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von	
Vor- und Nachname des Kindes	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Wohnort mit PLZ	
Straße und Hausnummer	
Telefon privat	
Telefon beruflich	
Handynummer	
E-Mail Adresse Eltern	
Krankenversicherung (Kind)	
Hauptversicherter (Name des Elternteils)	
Sorgerecht haben	<input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater <input type="checkbox"/> Andere - Name Eltern zusammen lebend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Eltern verheiratet <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Eltern getrennt lebend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, seit..... Eltern geschieden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, seit
Das Kind lebt bei:	
Bei getrennt lebende Ehepartnern mit gemeinsamen Sorgerecht: Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und ggf. mit der Behandlung einverstanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Bild Sind Sie damit einverstanden, daß wir ein Bild von Ihrem Kind für unsere interne Patientenakte machen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Unterschrift Erziehungsberechtigter	

Vorstellungsanlass

Welche aktuellen Schwierigkeiten gibt es? (Stichworte)	
Seit wann bestehen diese Schwierigkeiten? (Stichworte)	
Wie stark fühlt sich Ihr Kind derzeit durch diese Schwierigkeiten belastet (Skala 1-10)?	
Wie stark fühlen Sie sich als Eltern derzeit durch diese Schwierigkeiten belastet (Skala 1-10)?	
Was ist Ihr Wunsch / Auftrag an mich?	

Aktuelle Situation / Umfeld

Name der aktuellen Schule (/des Kindergartens)	
Klasse und Schulart	
Aktuelle Schulleistungen (in Schulnoten - orientierend)	Deutsch Mathematik ggf. Fremdsprache Sport
Schulbesuch (regelrecht, Klassenwiederholung, Überspringen einer Klasse)	
Wie ist die Arbeitsorganisation in der Schule bzw. bei den Hausaufgaben?	
Sportliche Aktivitäten, wenn ja, welche und seit wann	
Instrumentalunterricht, wenn ja, welches und seit wann	
TV- Konsum pro Tag (min/h)	
PC- Konsum pro Tag (min/h)	
Sonstige Hobbies	
Werden Freundschaften gepflegt?	
Was sind die Stärken Ihres Kindes?	

Biographische Anamnese Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes

Schwangerschaft	Auffälligkeiten Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> , falls ja, welche... Medikamente in der SS Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> , falls ja, welche..... Nikotin in der SS Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> Alkohol in der SS Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> Entbindung i.d. Schwangerschaftswoche
Geburtsverlauf	Spontangeburt <input type="checkbox"/> / Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> sonstige Besonderheiten, (z.B..Zangengeburt Geburtsstillstand):
Geburtsgröße, Geburtsgewicht, APGAR-Werte (siehe gelbes Vorsorgeheft)
Alter der Mutter bei der Geburt
Säuglingsverhalten in den ersten Wochen	
Krabbeln	mit ca. Monaten
Freies Laufen	mit ca. Monaten
Erste Wörter	mit ca. Monaten
Erste 2-3 Wort Sätze	mit ca. Monaten
Auffälligkeiten in der weiteren Sprachentwicklung	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> , falls ja welche
Feinmotorische Entwicklung (Perlen auffädeln, Basteln, Schreiben)	<input type="checkbox"/> eher geschickt <input type="checkbox"/> eher ungeschickt
Grobmotorische Entwicklung (Schaukeln, Klettern, Rollerfahren)	<input type="checkbox"/> eher geschickt <input type="checkbox"/> eher ungeschickt
Händigkeit	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> nicht eindeutig
Fahrradfahren (ohne Stützräder)	mit ca. Jahren
Schwimmen	mit ca. Jahren
Tagsüber trocken (Urin)	mit ca. Monaten/ Jahren
Nachts trocken (Urin)	mit ca. Monaten/ Jahren
Ggfs. erneutes häufiges Einnässen	tagsüber / nachts mit Monaten/Jahren; -mal pro Woche Dauer der längsten trockenen Phase Monate
Tagsüber/ nachts sauber (Stuhl)	mit ca. Monaten/ Jahren
Ggfs. erneutes häufiges Einkoten	tagsüber / nachts mit Monaten/Jahren; -mal pro Woche Dauer der längsten sauberen Phase Monate

Besuch einer Tagesmutter, Krippe ?	mit	Monaten/.....Jahren
Gab es Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?		
Besuch eines Kindergartens	mit	Jahren
Gab es Schwierigkeiten? Wenn ja, welche?		
Einschulung (regelrecht, zurückgestellt, vorzeitig)	mit	Jahren
Bisher besuchte Schulen (bitte mit Klassenstufe/Jahresangaben)		
Gab es besondere Einflüsse, die für die Entwicklung Ihres Kindes wichtig waren (z.B. Trennung der Eltern, Umzüge, Krankheits- oder Todesfälle, wirtschaftliche Sorgen.) wenn ja, wann?		

Medizinische Anamnese Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes

Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde schon einmal ein Sehtest gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Trägt ihr Kind eine Brille?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gab oder gibt es Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Gibt es andere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Krankenhausaufenthalte (Wann? Warum?)		
Medikamenteneinnahme: Seit wann/ wie lange? Welche Medikamente (ggf. auch Dosis) ? Welcher Effekt ?		
Aktuelle Körpergröße und –gewicht		cm kg
Appetit	gut <input type="checkbox"/> / mäßig <input type="checkbox"/> / schlecht <input type="checkbox"/>	
Wie lange braucht Ihr Kind zum Einschlafen?	15 Min. <input type="checkbox"/> / 30 Min. <input type="checkbox"/> / 60 Min <input type="checkbox"/> / länger <input type="checkbox"/> Einschlafen ab ca. Uhr	
Wie oft pro Nacht wacht Ihr Kind auf?	gar nicht <input type="checkbox"/> Mal/ Nacht Falls ja, Häufigkeit/ Woche:	
Allergien	ja <input type="checkbox"/> / nein <input type="checkbox"/> ; falls ja, welche:	
Andere körperliche Beschwerden z.B. Übelkeit, Schwindel, Kopfschmerz, Bauchschmerz		
Name und Adresse des Kinderarztes /-ärztin		

Familienanamnese

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Nachname (ggf. Titel)		
Vorname		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Anschrift (falls von o. g. abweichend)		
Höchster erreichter Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Akt. ausgeübte(r) Tätigkeit/ Beruf		
Wochenarbeitszeit ca.		
Körperliche Erkrankung		
Psychische Erkrankung		

	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Kindergarten Vor- /Schule Klasse			
Schulleistungen (ca.)			
Körperliche Erkrankung			
Psychische Erkrankung			
Problemverhalten, wenn ja, welches			

Wichtige Bemerkungen zur Familie (ggf. auch zu Stiefeltern/ Lebenspartnern/ Großeltern):

Bisherige Maßnahmen

Welche Ärzte, Therapeuten oder Beratungsinstitutionen (z.B. im Bereich Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals- Nasen-Ohrenheilkunde, Krankengymnastik, Ergotherapie, Erziehungsberatungsstellen, Logopädie, Lerntherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Krankenhäuser) sind bisher aufgesucht worden?
 Wurden ev. testpsychologische Untersuchungen durchgeführt?
 Welche Ergebnisse sind Ihnen bekannt?

Institution	Vorstellung bzw. Behandlungszeitraum von ... bis	Testpsychologische Untersuchung (z.B. Intelligenz, Konzentration, Lesen, Schreiben, Rechnen)	Test- datum	Testergebnis	Hat eine Behandlung stattgefunden, wenn ja, welche?