



## 1. Allgemeine Angaben

### Patient:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

### Eltern:

### Mutter:

### Vater:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**     Eltern gemeinsam     Mutter     Vater     \_\_\_\_\_

### Geschwister:

Name	Alter	Kindergarten / Schule	Verwandschaftsverhältnis		
			Leibl.	Halb	Stief
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Bei besonderer Familiensituation:

- allein erziehender Elternteil
- zusammengesetzte Familie
- Eltern getrennt lebend
- Eltern geschieden
- Pflegeverhältnis
- Wohngruppe
- Adoption

### Bisher in Anspruch genommene Hilfen:

- Kinder-Jugendpsychiater
- Psychotherapie
- Sprachtherapie
- Ergotherapie
- Erziehungsberatung / Jugendberatung
- Jugendamt / Jugendhilfe
- Sonstiges

### Weitere im Haushalt des Kindes lebende Personen:

\_\_\_\_\_

**Familiäre Belastung** (aktuelle Belastungen, besondere Lebenssituationen, seelische und körperliche Erkrankungen): \_\_\_\_\_

## 2. Vorstellungsgrund / Anliegen

---

### 3. Entwicklung

Komplikationen Schwangerschaft: nein ja, welche: \_\_\_\_\_

Komplikationen Geburt: nein ja, welche: \_\_\_\_\_

Erste Worte: \_\_\_\_\_ Monate

Freies Laufen: \_\_\_\_\_ Monate

Sauberkeit: \_\_\_\_\_ Monate

Spielverhalten: unauffällig auffällig: \_\_\_\_\_

Kontakt zu Kindern: unauffällig auffällig: \_\_\_\_\_

Kontakt zu Erwachs.: unauffällig auffällig: \_\_\_\_\_

Schlafverhalten: unauffällig auffällig: \_\_\_\_\_

**Vorerkrankungen:**

**Medikamente:**

**Klinikaufenthalte:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 4. Bildung

**Kindergarten:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Spielverhalten: \_\_\_\_\_

Sozialverhalten: \_\_\_\_\_

**Schule / Ausbildung:**

**Grundschule:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schulwechsel: \_\_\_\_\_ Klassenwiederholung: \_\_\_\_\_

**Weiterführende Schule:** \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Schulform: \_\_\_\_\_

Schulwechsel: \_\_\_\_\_ Klassenwiederholung: \_\_\_\_\_

Besteht **sonderpädagogischer Förderbedarf**? Lernen e/s Sonstige: \_\_\_\_\_

**Ausbildung:** \_\_\_\_\_

**5. Hobbys:** \_\_\_\_\_

### 6. Medienkonsum:

Welche Medien (z. B. Fernseher, Computer) werden konsumiert? Wie viele Stunden jeweils pro Tag?

---

Dauer des täglichen Medienkonsums insgesamt: \_\_\_\_\_

Eigener Fernseher im Zimmer: ja nein

**7. Vertrauliche Informationen:** (von denen Ihre Tochter / Ihr Sohn keine Kenntnis hat bzw. nichts erfahren soll)

---