



Wiederaufnahme der Versorgung durch unsere Praxis

Name, Vorname:..... Geburtstag:.....

männlich weiblich divers Staatsangehörigkeit:.....

Straße:..... Landkreis:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Lebt bei den Eltern: ja Wenn nein, bei wem und wo:.....

Sorgerecht: alleine gemeinsam

gesetzlicher Vertreter/Sorgerecht:

Spalte 1 Spalte 2 Spalte 3 Anderer Name/Str./PLZ/Ort/Tel.):.....

Spalte	1 Mutter	2 Vater	3 Stief-, Pflege-, Adoptiv- Eltern, Vormund
Telefon			
Mobil			
Faxnummer			
Email			
Name, Vorname:			
Geburtstag:			
Arbeitgeber:			
Beihilfeberechtigt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf:			
Berufstätig	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags
Staatsangehörigkeit:			

Krankenkasse mit Ort:		Versicherten-Nr.:	
Krankenkassen-Nr.:		Status: (siehe Versichertenkarte)	
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	

Kinderarzt /-ärztin, Hausarzt/-ärztin oder Einrichtung/Person (Name und genaue Anschrift, Tel.-Nr.) die Sie an uns verwiesen hat:.....

Weshalb möchten Sie Ihr Kind erneut vorstellen?

Was ist der aktuelle Vorstellungsgrund und welche Probleme haben sich seither ergeben?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Hilfe und Untersuchungen erwarten Sie?

.....

.....

.....

.....

Beginn der Pubertät

Befindet sich noch nicht in der Pubertät

Bei Mädchen: erste Monatsblutung im Alter von

Bei Jungen: Stimmbruch im Alter von

Nimmt Ihr Kind (ein) Medikament(e) ein?

Nein Ja Präparat/Name.....

Dosis in..... mg Schema z.B. „1-0-0“

Fragen zu Familie, Kindergarten und Schule

Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf und aller anderen Kinder, die in der Familie leben (außer das angemeldete Kind)

Name	Geburtsdatum	welche Schulart und Klasse (bzw. berufl. Ausbildung)	besondere Probleme oder Krankheiten

Falls es hier Veränderungen gegeben hat: Sind die Eltern

- verheiratet in eheähnlicher Gemeinschaft seit
- getrennt, seit geschieden, seit.....

Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil?

- überhaupt nicht, seit.....
- etwa alle Wochen, bzw. Monate

Wer betreut Ihr Kind, wenn es von der Schule/Kindergarten nach Hause kommt?

.....

Welche weiteren Personen leben zusammen mit Ihrem Kind im gleichen Haushalt und üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

.....

.....

Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

- ja häufig uneinig entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern?

- Besseres Verhältnis zur Mutter Besseres Verhältnis zum Vater
- Verhältnis zu Mutter und Vater gleich gut / schlecht

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern?

(Bitte jeweils angeben, um welches Geschwister es sich handelt.)

- Entfällt, da keine Geschwister
 - Im Allgemeinen gut
 - Nicht so gut, mit
-

Hat es Freunde/Freundinnen?

- Ja, Anzahl.....
- Nein

Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

- Fast täglich
- Nicht täglich, sondern
- Ist lieber für sich allein

Wie verträgt sich Ihr Kind in der Gruppe?

- Kommt gut mit anderen aus
- Sucht andere zu beherrschen
- Leicht durch andere zu beeinflussen
- Will häufig alles bestimmen
- Nimmt anderen gerne etwas weg
- Zwickt, stößt, schlägt andere häufig
- Wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen oder geschlagen
- Wird oft von anderen beschimpft
- Prahlt gerne vor anderen, gibt an
- Beschimpft andere oft
- Zieht sich oft zurück
- Wird von anderen wenig beachtet oder gemieden
- Sonstiges

Welche Schule besucht(e) Ihr Kind?

- Diagnose- und Förderklasse
- Grundschule
- Mittelschule
- Schule mit besonderem Förderangebot
- Realschule
- Gymnasium

Adresse und Tel:

Wie heißt die Klassenlehrerin/der Klassenlehrer?

Klasse Jahr der Einschulung

- Vorzeitige Einschulung
- Verspätete Einschulung (Zurückstellung)
- Überspringen der Klasse
- Wiederholen der Klasse

Regelmäßigkeit des Schulbesuchs

- verspätet sich oft schwänzt häufig regelmäßig
 zeitweise keine Schule besucht, von bis.....
 fehlt oft, wegen.....

Geht das Kind gern zur Schule?

- Im Allgemeinen ja nein hat regelrecht Angst vor der Schule

Gibt es Probleme beim Lernen/bei den Hausaufgaben? Wenn ja welche ?

.....
.....

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

- nein ja, wegen der Fächer

Untersuchungen und Behandlungen

Gab oder gibt es inzwischen noch andere Unterstützungsmaßnahmen oder Untersuchungen?

- Nein
 EEG Psychologischer Test Computertomogramm (z.B. Kopf)
 Jugendamt: _____ (Ort, evtl. zuständiger Sachbearbeiter)
 Erziehungsberatungsstelle: _____
(Welche?)

Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen (z. B. Ärzte, Psychotherapie, Ergo, Logopädie) vorgestellt?

Beruf oder Therapiestelle*) Name, Anschrift	Wann? von- bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

*) z.B. prakt. Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopädie, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopädie, Psychologe, Frühförderstelle, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle, Allergologe

In welcher Klinik wurde Ihr Kind inzwischen evtl. stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	Wann? von- bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Name: Datum: