

(VON ELTERN AUSZUFÜLLEN!)

Angaben zur Patientin/ zum Patienten

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:

Krankenkasse:
Kindergarten/Schule/Arbeitsplatz:
(Name/Adresse):

Klasse:
Lehrkraft:

Telefon privat:
(Haushalt in dem Kind lebt)

Jugendamt /Erziehungsbeistand:
Ansprechpartner (Name), Tel.-Nr.:

Angaben zu den Eltern/ Bezugspersonen

Sorgerecht: beide Mutter Vater Eltern getrennt lebend

Mutter
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift, wenn abweichend:

Vater
Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift, wenn abweichend:

Telefon (dienstlich/mobil):

Telefon (dienstlich/mobil):

Hausarzt/-ärztin:

Name, Anschrift:

Kinderarzt/-ärztin:

Name, Anschrift:

ÜW HA/ KA (Quartal: /)

Überweisungsdiagnose(n):

Dieses Feld wird von Praxis ausgefüllt:

Diagnose(n) der Praxis:

Verdachtsdiagnose(n):

Gesicherte Diagnose(n):

Arztbrief(e):

Elternfragebogen

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen ausgefüllt von Mutter Vater anderer Bezugsperson

Wichtig:

Wurde Ihr Kind **in diesem Quartal** bereits an anderer Stelle mit sozialpsychiatrischer Versorgung, d.h. beispielsweise bei einem Kinderpsychiater, in einer Institutsambulanz einer Kinderpsychiatrie, einem sozialpädiatrischem Zentrum oder in einer anderer sozialpsychiatrischen Einrichtung vorgestellt?

Nein Ja Name d. Einrichtung : _____ Unterschrift Elternteil: _____

(Bitte auch bei „Nein“ unterschreiben!!)

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen...)?

Nein Ja , folgende:

Laut **Vorsorgeheft (gelbes U-Heft, Seite 1/2):**

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche

Spontan Kaiserschnitt

Komplikationen bei Geburt?

Nein Ja, folgende:

Geburtsgewicht: _____ g

Körperlänge: _____ cm

Apgar-Wert: _____

Frühkindliche Entwicklung:

Motorische Entwicklung:

zeitgemäß verzögert

Freies Laufen mit: _____ Monaten

Sprachentwicklung:

zeitgemäß auffällig (z.B. verzögert,

Probleme mit einzelnen Lauten /Satzfehlstellung)

Logopädie (Sprachheiltherapie)

Sauberkeitsentwicklung:

Komplett sauber mit _____ Jahren

nässt noch ein (tags / nachts)

kotet noch ein

Kindergartenbesuch:

Nein Ja, ab dem Alter v. _____ Jahren

Regelkindergarten

Andere Einrichtung _____

Verhaltensauffälligkeiten dort ?

Nein Ja, folgende:

Feste Freundschaften? Ja Nein

Schulbesuch:

Einschulung im Alter von _____ Jahren

Zurückstellung? Nein Ja

Einschulung in der Grundschule

Andere Einrichtung (z.B. Förderzentrum /Montessorischule /Waldorfschule ...)

Welche: _____

Derzeit Besuch der _____ Klasse

Schulform ? (z.B. Grund-/Hauptschule...)

Auffälligkeiten in der Schule:

Nein Ja, folgende: _____

Feste Freunde in Klasse? Ja Nein

Freizeitgestaltung:

Hobbies: _____

Familiensituation:

- Leibliche Eltern leben zusammen
 Leibliche Eltern getrennt
 Ein Elternteil verstorben

Mutter berufstätig ? Ja Nein

Erlerner Beruf: _____

Vater berufstätig ? Ja Nein

Erlerner Beruf ? _____

Vorgestelltes Kind hat Geschwister:

- Nein Ja, folgende:

_____ Alter ____

_____ Alter ____

_____ Alter ____

Chronische Erkrankungen bei leiblichen
Geschwistern / Eltern / Blutsverwandten? (z.B.
Diab. mellitus, AD(H)S, Asthma bronchiale...)

Besteht eine chronische Vorerkrankung beim hier
vorgestellten Kind? (z.B. Asthma, Epilepsie...)

- Nein Ja, folgende:

Wurde Ihr Kind schon einmal in der Klinik stationär
behandelt?

- Nein
 Ja, aus folgendem Grund:

Bisherige Therapien und Hilfsmaßnahmen:

- Ergotherapie
 Logopädie
 Psychomotorik
 Krankengymnastik
 Frühförderung
 Psychotherapie
 Legasthenietherapie/ Dyskalkulietherapie

Welche der o.g. Maßnahmen läuft aktuell noch?

Erhält Ihr Kind derzeit eine regelmäßige Medikation
(z.B. Asthma-Medikation, AD(H)S-Medikation ...)?

- Nein Ja, folgende:

Frühere längerfristige Medikation:

- Nein Ja, folgende:

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben

Datum, Unterschrift