

1. Vorstellungsgrund / Anliegen**2. Allgemeine Angaben****Patient*in:**

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Tel.-Nr.: _____

Adresse: _____

Kinderarzt/ Hausarzt: _____

Eltern:**Mutter:****Vater:**

Name: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

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
- Sonstige: _____

Weitere im Haushalt des Kindes lebende Personen:

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

3. Entwicklung

Komplikationen **Schwangerschaft**: nein ja, welche: _____

Komplikationen **Geburt**: nein ja, welche: _____

Frühkindliche Entwicklung:

altersentsprechend: ja nein

Auffälligkeiten: Sprache Motorik Sauberkeit

Sonstige: _____

Vorerkrankungen: _____

Corona-Infektionen/ Jahr: _____ **Corona-Impfungen/ Jahr**: _____

Klinikaufenthalte: _____ von _____ bis _____

Aktuelle Medikamente: _____

4. Bildung

Vorschulische Betreuung (Kita, Krippe, Tagespflege):

_____ von _____ bis _____

Spielverhalten: _____

Sozialverhalten: _____

Schule/ aktuelle Klassenstufe: _____

Grundschule: _____ von _____ bis _____

Weiterführende Schule: _____ von _____ bis _____

Schulform: _____

Sonstige Schulwechsel: _____ **Klassenwiederholung**: _____

Besteht **sonderpädagogischer Förderbedarf**? Lernen e/s Sonstige: _____

Ausbildung: _____

5. Hobbys: _____

6. Medienkonsum:

Welche Medien (z. B. Fernseher, Computer, Spielekonsole, Tablet, Handy) werden konsumiert?

Welche Regeln gibt es? _____

Dauer des täglichen Medienkonsums insgesamt: _____

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