



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)