



Anmeldebogen

Name des Kindes/Jgdl.: _____

wohnhaft.: _____

Telefon: _____

Email-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

über wen ist das Kind versichert: _____

Behandelnder Kinderarzt: _____

Anschrift Kinderarzt: _____

(für den Arztbrief)

ein Arztbrief an den Kinderarzt wird NICHT gewünscht

Bei getrennt lebenden Eltern:

Wo lebt das Kind: _____

Wer ist sorgeberechtigt?: _____

Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zuhause so genau wie möglich beantworten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mühe und ihr Engagement!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Schwangerschaft:

komplikationslos Komplikationen, z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, Blutungen, drohende Fehlg Geburt, Infektionskrankheiten, Medikamenteneinnahme , sonstiges und zwar: _____

Geburt: Schwangerschaftswoche: ____ Geburtsgewicht: -Länge: ____

Geburtsverlauf: normal Saugglocke Kaiserschnitt Zange

komplikationslos Komplikationen, und zwar: _____

Entwicklung: frei Laufen: mit ____ Monaten; Sprechen mit: ____ Monaten



Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

- in der **Sprachentwicklung**?: nein - ja, und zwar: _____
- beim **Hören**?(z.B.Mittelohrentzündung, Röhrrchen): nein - ja, und zwar: _____
- beim **Sehen**?(z.B. Brille): nein - ja, und zwar: _____
- bei der **Sauberkeitserziehung**? nein - ja, und zwar: _____
- bei **motorischen Entwicklung**? nein - ja, und zwar: _____

Vorerkrankungen des Kindes

- a. Kinderkrankheiten: _____
- b. Unfälle (welcher Art, wann?): _____
- c. Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?):

Allergien/Unverträglichkeiten?: nein - ja, und zwar: _____

Gab oder gibt es **Behandlungen** durch Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie o.ä.?

| nein | - | ja, und zwar: | Name | wann? |
|-------|---|---------------|------|-------|
| _____ | | _____ | | |
| _____ | | _____ | | |

Nimmt Ihr Kind zurzeit **Medikamente** ein und wenn ja, welche? _____

Kindergarten- und Schulbesuch

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (zutreffendes bitte unterstreichen): Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Kinderhort, Sonderkindergarten, unbekannt, andere: _____ ?

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

Name der Einrichtung

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

2. Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind **zurzeit**? _____

Klassenstufe: _____

Name

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Schule und wenn ja, welche:



5. **Schul-/Ausbildungsbesuch** (bitte zutreffendes unterstreichen): regelrecht, einmal wiederholt, mehrmals wiederholt, umgeschult, Wiederholung und Umschulung, Abbruch.

Lebens- und Wohnsituation des Kindes

1. Leben beide leiblichen Elternteile (zutreffendes bitte unterstreichen)? Beide leben, Vater gestorben, unbekannt hinsichtlich Vater, Mutter gestorben, unbekannt hinsichtlich Mutter, beide gestorben, unbekannt hinsichtlich beider Eltern.
2. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (zutreffendes bitte unterstreichen): Leben zusammen, getrennt/geschieden, durch den Tod getrennt, haben nie zusammengelebt.
3. Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zur Zeit mit ... (zutreffendes bitte unterstreichen):
leiblicher **Mutter**, Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter, Großmutter, sonstiger Ersatzmutter, keiner Mutter,
leiblichem **Vater**, Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater, Großvater, sonstiger Ersatzvater, keinem Vater,
leiblichen **Geschwistern**, Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern, sonstige Ersatzgeschwistern, keinen Geschwistern.
4. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen): _____.
5. Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie (zutreffende bitte unterstreichen):
Einzelkind, jüngstes Kind, mittleres Kind, ältestes Kind, lebt nicht in einer Familie.

Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname geboren am Schule/Beruf ggf. bes. Probleme/Erkr.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Berufstätigkeit der Eltern:

Vater: Bitte Zutreffendes ankreuzen:

ganztags erwerbstätig teilzeitbeschäftigt Schichtarbeit
arbeitssuchend Ausbildung/Umschulung Rentner
im Haushalt tätig andere: _____

Mutter: Bitte Zutreffendes ankreuzen:

ganztags erwerbstätig teilzeitbeschäftigt Schichtarbeit
arbeitssuchend Ausbildung/Umschulung Rentner
im Haushalt tätig andere: _____



Gibt es oder gab es besondere Belastungen in der Familie (dauernde Konflikte, körperliche oder seelische Erkrankungen, ...):

Was ist der **Anlass der Vorstellung** in unserer Praxis:

Ich/wir haben zur Kenntnis genommen, dass die Praxis Dres Behrens/Stolle in Praxisgemeinschaft mit der Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie Dr. Berner tätig ist. Dies hat den Vorteil, dass wir 3 Fachärzte, Dres Behrens, Berner, Stolle, uns in Bedarfs- bzw. Notfällen gegenseitig vertreten können. In solchen Fällen ist es im Interesse der Behandlung unumgänglich, dass die vertretende Ärztin Frau Dr. Berner auf die Daten Ihres Kindes Zugriff hat, auch wenn ihr Kind in der Gemeinschaftspraxis Dres Behrens/Stolle in Behandlung ist. Dies ist aus Gründen des Datenschutzes nur mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten möglich.

Deshalb: Wir stimmen hiermit ausdrücklich zu, dass im Falle einer notwendigen Vertretung (und nur dann) die vertretende Ärztin Frau Dr. Berner Zugriff auf die Daten meines Kindes nehmen kann.

Findet zurzeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, einem sozialpädiatrischen Zentrum (Flehmig-Institut, Werner-Otto-Institut) statt?

nein - ja, und zwar: _____

Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werde ich/wir dieses der Praxis Dres Behrens/Stolle unmittelbar mitteilen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung von meinem Kind in der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Friesenweg Dr.med. Behrens & Dr. med. Stolle

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von: Mutter / Vater / _____

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit!