

Behandlungziel: _____

Schwangerschaft geplant? ja nein
Besonderheiten während der Schwangerschaft? ja nein Wenn ja, welche: _____

Die Geburt erfolgte rechtzeitig zu früh: in der _ Woche zu spät: in der _ Woche
Modus: spontan Kaiserschnitt sonstiges: _____

Gab es unter der Geburt Besonderheiten: ja nein
Wenn ja, welche: _____

Geburtsgewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____ APGAR: __/__/__

Kind wurde gestillt ja ___ Monate nein

Freies Laufen mit ___ Monaten

Erste Worte mit ___ Monaten, Zweiwortsätze mit ___ Monaten

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tagsüber mit ___, nachts mit ___ Jahren

Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter (bis zum 3. Lebensjahr):

Kindergarten ab ___ Jahren
Eingewöhnungsschwierigkeiten/ Verhaltens-
auffälligkeiten ja nein Wenn ja, welche: _____

Einschulung im Alter von ___ Jahren

Von _____ bis _____ Schultyp: _____/Ort: _____

Von _____ bis _____ Schultyp: _____/Ort: _____

Von _____ bis _____ Schultyp: _____/Ort: _____

Hort nein ja, bis ca. _____ Uhr

Wurde eine Klasse wiederholt? ja nein Aktuelle Klassenstufe: ____

Wenn ja, welche und warum: _____

Gibt es von den Lehrern berichtete Auffälligkeiten? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Freizeitaktivitäten/ Hobbies: _____

Wie würden Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben?

Aktuelle körperliche Erkrankungen/ chronische Erkrankungen: _____

Vorbehandlungen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater , -psychotherapeuten,
ein sozialpädiatrisches Zentrum oder eine Institutsambulanz ja nein

Wenn ja, wann, wo und wie lange: _____

Ergotherapeutische, logopädische, krankengymnastische oder andere
therapeutische Behandlung ja nein

Wenn ja, wann/ weshalb/ wo: _____

Frühförderung: ja nein

Wenn ja weshalb/ seit wann und wo: _____

Krankenhausaufenthalte? ja nein

Wenn ja, wann/ weshalb/ wo: _____

Kontakt zum Jugendamt: ja nein Sachbearbeiter: _____

Wenn ja, weshalb und seit wann: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente: ja nein

Wenn ja, welche (Präparat/ Dosierung): _____

Gab es in der Entwicklung des Kindes belastende Lebensereignisse? ja nein

Wenn ja, welche: _____

Welche besonderen Stärken hat Ihr Kind? _____

Name der Mutter: _____ Geburtsdatum: ___/___/___

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____ Stunden/Woche__

Name des Vaters: _____ Geburtsdatum: ___/___/___

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____ Stunden/Woche__

Die Eltern sind verheiratet seit (bzw. von-bis) _____ leben zusammen
 getrennt seit: _____ geschieden seit: _____ Elternteil verstorben seit: _____

Name des Stiefvaters: _____ Geburtsdatum: ___/___/___

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____ Stunden/Woche__

Name der Stiefmutter: _____ Geburtsdatum: ___/___/___

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____ Stunden/Woche__

Kind hat eigenes Zimmer ja nein

Kind schläft allein ja nein

Bei wem lebt das Kind? _____

Kind ist ein Pflege- oder Adoptivkind

Kind lebt in einer Einrichtung

Wenn ja, welche? _____

Das Sorgerecht wird ausgeübt von beiden Eltern nur von der Mutter

nur vom Vater

anderen: _____

Geschwister/ Halb-/ Stiefgeschwister (Name, Geb. Datum, Wohnort):

Großeltern (Name, Alter, Beruf, Wohnort, Kontakt?)

mütterlicherseits: _____

väterlicherseits: _____

Leidet ein Familienmitglied an einer psychischen oder körperlichen Erkrankung?

ja nein

Wenn ja, wer und woran: _____

Fragebogen wurde ausgefüllt von: _____ am _____

Über Änderungen der Angaben werde ich die Mitarbeiter der Praxis umgehend informieren

Unterschrift