

Patient

Name:

Datum:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße Hausnr.:

Postleitzahl Wohnort

Telefon mobil (Patient):

Nationalität:

Augenfarbe..... Haarfarbe:

Sorgerecht: zusätzl. abholberechtigt:**Eltern****Mutter:** Geb.-Datum:

Beruf:

Anschrift:

Telefon mobil: Telefon Festnetz:

Email:

Vater: Geb.-Datum:

Beruf:

Anschrift:

Telefon mobil: Telefon Festnetz:

Email:

Bei getrennt lebenden Eltern: Lebenspartner/in von Mutter/Vater:**Geschwister (Namen und Alter):****Schule des Patienten:** Klasse:

Anschrift:

Klassenlehrer/in: Tel.-Nr.:

Jugendamt: zuständig: Tel.-Nr.:**Einweisender oder überweisender Arzt:****Vorbehandler:****Krankenkasse:** Hauptversicherte/r:**Berichte an:**

Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen und kreuzen Zutreffendes entsprechend an. Diese Informationen sind für Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes wichtig. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Empfehlung / Veranlassung der Vorstellung durch:

- Patient selbst / mit Sorgeberechtigtem gekommen
 Schule/ KiTa
 niederg. Arzt / Psychotherapeuten / Rettungsdienst
 Jugendamt / Krisendienst Polizei/ Gericht / Landratsamt
 Sonstige

Kind / Jugendlicher wohnt im / in:

- familiären Haushalt (mit (Ersatz-)Eltern / Großeltern usw.)
 stationäre Jugendhilfe / Reha- / Therapieeinrichtung
 Notunterkunft (z. B. Frauenhaus, Flüchtlingsunterkunft)
 kein fester Wohnsitz
 unbekannt

Komplikationen / Risikofaktoren im Schwangerschafts-, Geburts-, postpartalen Verlauf:

Komplikationen, deren Schweregrad entsprechende medizinische Maßnahmen erforderlich gemacht haben.

- ja nein unbekannt

gravierende Mängel in der Betreuungssituation während der Kindheit:

Besteht / bestand eine erhebliche Vernachlässigung / Verwahrlosung, verschiedenen, ständig wechselnden Bezugspersonen, fehlender konstanter Bindung zu einer Bezugsperson oder Kindesmisshandlung?

- ja nein unbekannt

Störungen der kindlichen Entwicklung:

- keine Störung der kindlichen Entwicklung
 Störung der kindlichen Entwicklung
 unbekannt

Störung der Motorik: ja nein unbekannt

Störung der Sprache: ja nein unbekannt

Störung der Sauberkeit: ja nein unbekannt

Schwere Krankheiten während der Kindheit: ja nein unbekannt

Kindergarten: mind. 3 Monate lang Kindergarten/-tagesstätte:

Hat Ihr Kind mind. 3 Monate lang einen Kindergarten/-tagesstätte besucht?

- ja nein unbekannt

Verhaltensauffälligkeiten der bisherigen Kiga/Kita-Besuche

Trennungsangst: ja nein unbekannt

Kontaktstörungen: ja nein unbekannt

Spielstörung: ja nein unbekannt

Hypermotorisches Verhalten: ja nein unbekannt

Schlechtes Betragen/ Aggression: ja nein unbekannt

Schule:

Befindet sich das Kind / Jugendlicher derzeit in einer schulischen Ausbildung

- noch nicht schulpflichtig
- derzeit Schulbesuch
- Schullaufbahn beendet
- aus anderen Gründen noch nie eine Schule besucht (obwohl schulpflichtig)
- unbekannt

Gegenwärtig / zuletzt besuchte Schule oder Hochschule:

- Schulkindergarten/Vorklasse
- Grundschule
- schulformunabhängige Orientierungsstufe
- Mittelschule
- Realschule
- Gymnasium / Fachoberschule / Berufsoberschule
- Differenzierung schulbedingt nicht mögl. (z. B. Waldorfschule)
- Förderschule L
- Förderschule G
- Förderschule E
- andere Förderschulen
- Fach-/Berufsschule
- (Fach)hochschule / Universität
- unbekannt

Schulstörungen:

- Schlechtes Betragen/Aggressionen
- Leistungsstörungen
- Kontaktstörungen
- Hypermotorisches Verhalten
- Schulverweigerung/Schulangst

- Sonstige Schulstörungen

-