



**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 .....
- .....