



Name des Kindes / Jugendlichen

geboren am

Datum der Anmeldung

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

Anschrift

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Krankenkasse

Kinder- / Hausarzt

Findet gegenwärtig (in diesem Quartal) eine Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer (kinder- und jugend-) psychiatrischen Institutsambulanz (KJ-PIA) oder bei einer/einem anderen niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater/in statt?

Ja Nein

Schildern Sie bitte kurz die Probleme, die zur Vorstellung bei uns führen und wie sie sich entwickelt haben:

Haben sie mit Ihrem Kind wegen der Probleme schon andere Hilfen in Anspruch genommen?
(z.B. Beratungsstellen, Ergotherapie, Logopädie)

Ja Nein

Wann

Wo

Weswegen

Wann	Wo	Weswegen
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>





Wurde Ihr Kind schon einmal bei einem Kinder- und Jugendpsychiater,
Psychotherapeuten oder in einer entsprechenden Klinikabteilung vorgestellt?

Ja

Nein

Wann

Wo

Weswegen

Besteht Kontakt zum Jugendamt?

Ja

Nein

Wenn ja: seit wann / weshalb

Zuständiges Jugendamt

Ansprechpartner

Telefonnummer

Zur Entwicklung

Gab es in der Schwangerschaft Probleme?

Ja

Nein

Wenn ja: welche?

Gab es während der Geburt Probleme?

Ja

Nein

Wenn ja: welche?

Die Geburt erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht _____ g Geburtslänge _____ cm APGAR Werte _____ / _____ / _____

Gab es in der frühkindlichen Entwicklung (Motorik, Sprache, Sauberkeit) Probleme/Verzögerungen?

Ja

Nein

Wenn ja: welche?





Gibt es aktuelle körperliche Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja: welche?

Besuch des Kindergartens im Alter von ca. _____ Jahren

Verhaltensauffälligkeiten/Besonderheiten während der Kindergartenzeit (z.B. Spielverhalten, Sozialverhalten):

Einschulung im Alter von ca. _____ Jahren

Aktuelle Schule _____ Klasse _____

Musste bereits eine Jahrgangsstufe wiederholt werden?

Ja

Nein

Wenn ja: welche?

Gab es Besonderheiten/Probleme während der Grundschulzeit?

(z.B. bzgl. Einschulung, Lern-, Leistungs-, Arbeitsverhalten, Selbstständigkeit, Sozialverhalten, Freundschaften)

Gab es Besonderheiten / Probleme auf der weiterführenden Schule (ab Klasse 5)?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Ja

Nein

Medikament

Dosierung

Einnahme seit wann





Familienanamnese

Name der leiblichen Mutter		geboren am	
Staatsangehörigkeit	Schulabschluss	Ausgeübter Beruf	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil		
Name des leiblichen Vaters		geboren am	
Staatsangehörigkeit	Schulabschluss	Ausgeübter Beruf	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil		
ggf. Stief- / Pflege- / Adoptivmutter		geboren am	
Staatsangehörigkeit	Schulabschluss	Ausgeübter Beruf	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil		
ggf. Stief- / Pflege- / Adoptivvater		geboren am	
Staatsangehörigkeit	Schulabschluss	Ausgeübter Beruf	
Telefon Festnetz	Telefon Mobil		
Geschwister: Name	Alter / Geschlecht	G / HG / SG *	Bekannte Krankheiten
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> gemeinsam <input type="checkbox"/> Vormund

* Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister





Das Kind lebt aktuell zusammen mit/bei:

Gibt es psychische / körperliche Erkrankungen in der Familie?

Ja

Nein

Wenn ja: welche?

