

Anmeldebogen für Kinder

Personenbezogene Daten

Name:

Geburtsstag:

Geburtsort:

Geburtsstunde:

Adresse

Telefon

Email:

Krankenkasse

Behandelnde KinderÄrztin/Arzt

Möchten Sie, dass ein Befundbericht dorthin geschickt wird?

Ja

Nein

Empfehlung durch wen?

Wer hat das Sorgerecht für Ihr Kind? (bitte bei der Adresse beachten)

War Ihr Kind früher ein Mal in Therapie bzw. ist es aktuell in KJP-Behandlung?

Ja

Nein

Empfehlung durch wen?

Mutter

Vater

Name:

Geburtsstag:

Geburtsort:

Erlerner Beruf:

Tätig als:

Körperliche
Erkrankung:

Psychische
Erkrankung:

Geschwister

geboren in

Gibt es Familienmitglieder (z.Bsp. Großeltern, Onkel und Tante) zu denen Ihr Kind eine besondere Beziehung hat?

Fragen zur Schule

Wann kam Ihr Kind in die Schule?

Gab es bei der Eingewöhnung Probleme?

Hat Ihr Kind Freunde dort, bzw. einen besten Freund/in? Ja Nein

Besucht oder besuchte Ihr Kind ein besonderes Schulmodell? Ja Nein

Gibt es in der Schule aktuelle Probleme? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Sind Sie mit der Schule zufrieden? Ja Nein

Wie sind die Schulleistungen Ihres Kindes?

Wo hat Ihr Kind Ihrer Meinung nach besondere Stärken, Interessen und Begabungen?
z.Bsp. Lieblingsfächer

Wo hat Ihr Kind Ihrer Meinung nach Schwächen, Entwicklungsdefizite, etc

Zur Entwicklung Ihres Kindes

Alter der Mutter und des Vaters bei der Geburt: Mutter Vater

Gab es besondere Vorkommnisse während der Schwangerschaft?

Gab es um die Geburt herum besondere Vorkommnisse?

Wie würden Sie die ersten Wochen mit Ihrem Kind in einem Satz beschreiben?

Geburtsgewicht: kg Stillen: Monate

Freies Sitzen mit Monaten Laufen mit Monaten

Erste Worte mit Monaten Erste Sätze mit Jahren

Tag und Nacht sauber mit Jahren

Besonderheiten im Schlafverhalten

Besonderheiten im Essverhalten

Vorerkrankungen

Kinderkrankheiten:

Unfälle:

Krankenhausaufenthalte / Kuren:

Aktuelle Medikamente:

Aktuelle körperliche Beschwerden:

Anlass zur Vorstellung bei mir:

Was ist der aktuelle Anlass, warum Sie mich aufsuchen möchten:

Bitte beschreiben Sie kurz die Art der Schwierigkeiten und seit wann sie bestehen:

Haben Sie eine Erklärung für die Schwierigkeiten Ihres Kindes?

Haben Sie bereits andere Behandlungsversuche unternommen?

Ja

Nein

Ggf. Name und Adresse der Klinik oder Praxis

Haben Sie noch ergänzende Mitteilungen oder Informationen?

Hamburg, den