# Patientenangaben

Sehr geehrte Eltern,
wir bitten Sie, diesen Fragebogen so gut es geht vorab auszufüllen. Vielen Dank.

## Angaben zum Kind

Vorname, Nachname des Kindes _____ Geburtsdatum und Alter _____

Telefonnummer _____ Mobilnummer _____

E-Mail-Adresse _____

Wenn möglich, nennen Sie bitte kurz den Vorstellungsgrund: _____

## Angaben zu Vorbehandlungen

Welche Vorbehandlungen gab es?

- ☐ Krankengymnastik
- ☐ Frühförderung
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Logopädie
- ☐ ambulante Psychotherapie
- ☐ stationäre Psychotherapie
- ☐ Schulpsychologische Beratungsstelle
- ☐ Psychologische Beratungsstelle
- ☐ Sonderpädagogische Beratungsstelle
- ☐ HNO oder Pädaudiologie
- ☐ Mutter-Kind-Kur
- ☐ SPZ/Sozialpädiatrisches Zentrum
- ☐ Kinder- und Jugendpsychiater

Bitte geben Sie bei Therapien Grund und Dauer an: _____

Behandelnde/r Kinderarzt/ärztin: _____
Kurzarztbrief an Kinderarzt/ärztin erwünscht ☐ Ja ☐ Nein

Gab es Kontakt zu Behörden?
☐ Nein ☐ Ja, nämlich: ☐ Jugendamt ☐ Arbeitsamt ☐ Schulamt
☐ SPFH ☐ Schulbegleitung seit: _____

## Angaben zur Familie

Vorname, Nachname der Mutter _____ Alter _____ Vorname, Nachname des Vaters _____ Alter _____

Straße, Hausnummer, PLZ Ort, Telefon, Telefon mobil _____ Straße, Hausnummer, PLZ Ort, Telefon, Telefon mobil _____

Schulabschluss, erlernter / aktueller Beruf _____ Schulabschluss, erlernter / aktueller Beruf _____

Leben die Eltern getrennt?
☐ Nein ☐ Ja, seit (Alter des Kindes bei Trennung): _____

**Geschwister:**

_____ _____ ☐ Halbgeschwister ☐ Stiefgeschwister lebt außer Haus ☐ Ja ☐ Nein
Vorname Alter

_____ _____ ☐ Halbgeschwister ☐ Stiefgeschwister lebt außer Haus ☐ Ja ☐ Nein
Vorname Alter

_____ _____ ☐ Halbgeschwister ☐ Stiefgeschwister lebt außer Haus ☐ Ja ☐ Nein
Vorname Alter

Welche weiteren wichtigen Bezugspersonen gibt es? _____

## Entwicklungsverlauf

Wie verlief die Schwangerschaft?
☐ Stress ☐ Komplikationen ☐ andere Besonderheiten: _____
☐ regelmäßiger Konsum von Nikotin, Menge pro Tag: _____
☐ regelmäßiger Konsum von Alkohol, Menge pro Tag: _____
☐ regelmäßige Medikamenteneinnahme, welche: _____

Angaben zur Geburt:
☐ zeitgerecht ☐ nicht zeitgerecht (Frühgeburt, übertragen): _____
☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglocke
☐ sonstige Komplikationen: _____

Säuglingszeit:
☐ Stillen, Dauer, Besonderheiten: _____
☐ Schreibaby ☐ Schlafprobleme
☐ Probleme bei der Nahrungsaufnahme, welche: _____

Sonstige Angaben:
☐ Auffälligkeiten in den U-Untersuchungen (gelbes Heft): _____
_____
☐ vor dem 5. Geburtstag sauber/trocken
☐ Kindergartenbesuch, Alter von _____ bis _____
☐ Halbtags ☐ Ganztags
☐ Auffälligkeiten im Kindergarten, welche: _____
_____

## Schulangaben

_____ _____ ☐ Ganztags ☐ Hort
aktuelle Schule Klasse

letzte Zeugnisnote in Deutsch: _____ letzte Zeugnisnote in Mathe: _____

Schullaufbahn:

| Klassenstufe | Schule | Grund für Schulwechsel |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## Gesundheitsfragen

Wurden bei Ihrem Kind folgende Untersuchungen durchgeführt?

□ Hörtest auffällig? □ Ja □ Nein □ EKG auffällig? □ Ja □ Nein
□ Sehtest auffällig? □ Ja □ Nein □ EEG auffällig? □ Ja □ Nein
□ Allergietest auffällig? □ Ja □ Nein □ Blutentnahme, zuletzt am: _____

Sind bei Ihrem Kind körperliche Erkrankungen bekannt?
□ Nein □ Ja, welche (z.B. Asthma, Neurodermitis): _____
Gab es körperliche Erkrankungen, die einen Klinikaufenthalt erforderten?
□ Nein □ Ja, wann und welche: _____

Sind in Familie und Verwandtschaft chronische (z.B. Herz- und Schmerzerkrankungen), körperliche oder psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angsterkrankung, Alkoholkrankheit) bekannt?
□ Nein □ Ja
Wenn ja, welche: _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind pro Tag mit elektronischen Medien (TV, Handy, Spiele Computer, z.B. facebook, youtube, whatsapp)? _____

Konsumiert Ihr Kind Drogen/Alkohol? □ Ja □ Nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
□ Nein □ Ja, welche: _____

## Sonstige Angaben

Gab es belastende Lebensereignisse?
□ Nein □ Ja, welche: _____

Welche Stärken und Interessen hat Ihr Kind? _____

Gibt es weitere Informationen, die für uns wichtig sein könnten?

_____

Datum, ausgefüllt von: