

Anmeldebogen

Ausgefüllt am: _____ von Mutter Vater Andere: _____

Patient/in

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Straße _____ Plz Ort _____

Krankenkasse _____ Versichert über Mutter _____

Versichert über Vater _____

Mutter

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Straße _____ Plz Ort _____

Krankenkasse _____ Schulabschluss _____

Leibliche Mutter Stiefmutter Pflege Mutter Derzeitiger Beruf _____

Sorgeberechtigt ja nein

Vater

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

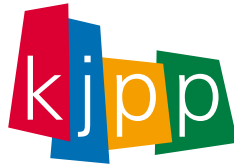
Straße _____ Plz Ort _____

Krankenkasse _____ Schulabschluss _____

Leiblicher Vater Stiefvater Pflegevater Derzeitiger Beruf _____

Sorgeberechtigt ja nein

Eltern getrennt lebend ja nein falls ja, getrennt lebend seit _____



Anmeldebogen

Mit wem wohnt das Kind zusammen? _____

Behandelnder Kinder- oder Hausarzt: _____

Weitere Kinder

Name des Kindes	Geb. am	Halbgeschwister	Wohnt zu Hause
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

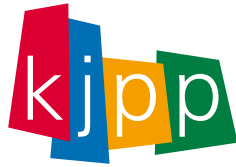
Bisherige Kindergarten- und Schullaufbahn

von	bis	Kindergarten/Schule/etc.	Ort

Derzeitige/r Kindergarten/Schule

Name des Kindergartens/der Schule	Klasse/Gruppe	Klassenlehrer/Betreuer

schulische Besonderheiten (z.B. Förderbedarf, Integrationshelfer) _____



Anmeldebogen

bisherige ambulante psychotherapeutische/ergotherapeutische/logopädische u.a. Behandlungen

von	bis	Praxis/Einrichtung/u.a.	Ort

bisherige stationäre/teilstationäre Klinikaufenthalte

von	bis	Klinik	Ort

Familiäre Belastungen

Gib es familiäre, somatische und/oder psychiatrische Erkrankungen? _____

Hat das Kind eine körperliche Erkrankung? _____

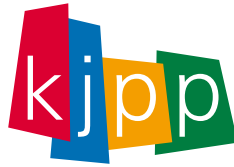
Impfungen, Allergien und Medikamente

Gab es schwere Krankheiten in der Kindheit oder wurde Ihr Kind operiert?

Impfungen: _____

Allergien: _____

Nimmt oder nahm Ihr Kind Medikamente? _____



Anmeldebogen

Aktuelle Sorgen der Eltern/Vorstellungsanlass

Geburt

Das Kind war eine Früh- Spät- Normalgeburt und wurde in der _____ SSW geboren.

Geburtsgewicht _____ Größe _____

Geburtskomplikationen (z.B. Sauglockenentbindung, Zangengeburt, verlängerte Wehentätigkeit, Kaiserschnitt usw.)

Wurde das Kind gestillt? Ja Nein wenn ja, wie lange? _____

Weitere Angaben/Bemerkungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett _____

Entwicklung

In welchem Alter lernte es laufen: _____ sprechen: _____

Wann wurde mit der Sauberkeitserziehung begonnen? _____

Wann wurde es trocken? Tagsüber: _____ Nachts: _____

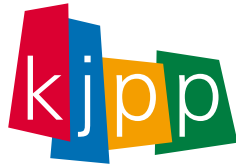
Wann wurde es sauber? Tagsüber: _____ Nachts: _____

Gab es Störungen in der kindlichen Entwicklung?

Motorik: _____

Sprache: _____

Sauberkeit: _____



Anmeldebogen

Lebenssituation

Wie wohnt die Familie? _____

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Wie verbringt die Familie Ihre Freizeit? _____

Welche Konfliktthemen gibt es in der Familie? _____

Welche Aktivitäten hat Ihr Kind außerhalb des Elternhauses? _____

Anmeldebogen

Medienkonsum

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Computer/Tablet pro Tag: _____ Stunde(n)

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Fernsehen pro Tag: _____ Stunde(n)

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Smartphone pro Tag: _____ Stunde(n)