

## Angaben zum Kind

Datum: \_\_\_\_\_

Vor-und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und  
Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_

mit wem versichert \_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Muttersprache \_\_\_\_\_

Sprache zu Hause \_\_\_\_\_

Schule/Kindergarten \_\_\_\_\_

Aktuelle Klassenstufe \_\_\_\_\_

## Angaben zur Mutter

## Angaben zum Vater

Vor-und Nachname \_\_\_\_\_

Vor-und Nachname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

Nationalität/Sprache \_\_\_\_\_

Nationalität/Sprache \_\_\_\_\_

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Ausbildung/Studium \_\_\_\_\_

Ausbildung/Studium \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Wöchentl. Arbeitszeit \_\_\_\_\_

Wöchentl. Arbeitszeit \_\_\_\_\_

Sorgerecht

Ja

Nein

Sorgerecht

Ja

Nein

Unterschrift

Unterschrift

## Aktueller Anlass

Beschreiben Sie bitte die Probleme,  
die zur Vorstellung in der Praxis  
führen

Seit wann bestehen die Probleme?

---

Haben Sie aufgrund der Probleme  
schon einmal therapeutische Hilfe in  
Anspruch genommen?

Wenn ja, wo und wann?

---

Nimmt Ihr Kind Medikamente:  
Wenn ja, welche und in welcher  
Dosierung?

---

## Zur weiteren Vorgeschichte

Gab es in der Schwangerschaft  
Probleme?  
Wenn ja, welche:

---

Gab es bei der Geburt Probleme?  
Wenn ja, welche:

---

Gab es Auffälligkeiten bei der  
Entwicklung im ersten Lebensjahr:

---

Motorische Entwicklung

---

Krabbeln

---

Freies Gehen

---

Sprachliche Entwicklung

---

Erste Worte, wann und welche

---

Erste Sätze

---

Zweisprachige Erziehung

---

Sauberkeitserziehung

---

Wann war Ihr Kind tagsüber  
trocken?

---

Wann war Ihr Kind nachts trocken?

---

## Zur weiteren Vorgeschichte

Hat Ihr Kind, nachdem es bereits trocken war wieder eingenässt oder eingekotet?

Wenn ja seit wann und wie häufig

Ist ihr Kind besonders ängstlich, z.B. bei Trennung oder vor anderen Menschen?

Körperliche Vorerkrankungen

Krankenhausaufenthalte

Ist oder war Ihr Kind in ergotherapeutischer, logopädischer, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung?

Ab welchem Alter hat Ihr Kind eine Kindertagesstätte, Tagesmutter oder den Kindergarten besucht?

Wie viele Stunden in der Woche wird/wurde die Einrichtung besucht?

Gab es beim Besuch des Kindergartens Probleme? Wenn ja, welche:

Alter bei Einschulung

Grundschule

Aktuelle Schule:

Wurde eine Klasse wiederholt und warum:

Erhält Ihr Kind Förderunterricht oder Nachhilfe?

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule oder Schwierigkeiten mit Mitschülern

Mit was beschäftigt sich Ihr Kind am Liebsten in seiner Freizeit?

Hat Ihr Kind Freunde?

Hat Ihr Kind Hobbies? (Sport, Instrument)

Wieviel Medienzeit (TV, PC, Internet usw) konsumiert Ihr Kind pro Tag?

Welche Stärken hat Ihr Kind?

## Zur Familie

Welche Geschwister hat Ihr Kind?

Name, Alter, Kindergarten/Schule

---

---

---

Gibt es körperlicher Erkrankungen bei den Geschwistern

---

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten zu Hause, im Kindergarten, in der Schule bei den Geschwistern?

---

Wie verstehen sich die Geschwister untereinander?

---

Hat ein Geschwisterkind bisher psychiatrische oder eine anderweitige therapeutische Hilfe benötigt?

---

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen bei den Eltern:

---

Mutter  
Familie der Mutter

---

Vater  
Familie des Vaters

---

Gibt es Kontakt zum Jugendamt?

---

Zuständiges Jugendamt und Sachbearbeiter:

---

Wie sieht die Hilfe aktuell aus: (Beratung, Familienhelfer usw)

---