

## Anmeldung zur fachärztlichen Untersuchung

Sehr geehrte Eltern,

Sie erhalten den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis. Der Fragebogen ist *sehr* umfangreich und soll uns einen ersten Einblick in die Entwicklung Ihres Kindes gewähren.

Damit wir mit Ihnen einen Erstgesprächstermin vereinbaren können, bitten wir Sie, uns den vollständig ausgefüllten Fragebogen so schnell wie möglich per Post, Fax oder E-Mail zuzuschicken. Bitte nennen Sie uns außerdem die Telefonnummer und Zeiten zu denen wir Sie tagsüber erreichen.

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir erst nach Erhalt der vollständig ausgefüllten Unterlagen telefonisch mit Ihnen einen Termin vereinbaren können.

Haben beide Eltern das Sorgerecht, unterschreiben bitte beide Eltern den beiliegenden Bogen zur Zustimmung der Vorstellung.

Die Erstvorstellung mit Ihnen und Ihrem Kind, sowie in der Regel weitere Diagnostiktermine, finden meist am Vormittag statt, da die Kinder für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen. Nach Abschluss der Diagnostik werden in einem anschließenden Beratungsgespräch die Ergebnisse der Untersuchungen erläutert, weiteres Vorgehen und mögliche Behandlungsmaßnahmen mit Ihnen besprochen.

Sollten Sie verhindert sein einen Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie den Termin so früh wie möglich, jedoch spätestens zwei Werktage vorher absagen. Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie uns eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder eine E-mail schreiben. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig oder nicht abgesagte Behandlungen in Rechnung zu stellen, da die Termine nur für Sie reserviert sind und in der Regel nicht mehr anderweitig vergeben werden können.

Wir dürfen Sie bitten, zum Termin - soweit vorlegbar – folgende Unterlagen mitzubringen:

- gelbes Untersuchungsheft
- Kopien aller verfügbarer Zeugnisse
- Kopien eventueller Vorbefunde
- Versichertenkarte
- Überweisungsschein vom Kinder- oder Hausarzt
- Foto

Falls Sie noch weitere Fragen haben rufen Sie uns bitte an.

*Vielen Dank für Ihre Mühe und Zusammenarbeit.*

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

# Information Kind

Name/Vorname::	Geburtstag/-Ort:
Adresse, PLZ, Wohnort:	Geschlecht:
Kinderarzt/Hausarzt:	Auf wessen Empfehlung kommen Sie:
Krankenkasse mit Ort:	Versicherten-Nr.:
Krankenkassen-Nr.:	Mitversichert bei:

## Sorgerecht:

Mutter  Vater  beide  Vormund

Gibt es aktuell Gerichtliche oder anderweitige Auseinandersetzungen um das Sorgerecht?  Ja  Nein

## Lebens- und Wohnsituation

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

verheiratet  zusammen lebend  
 geschieden  verwitwet  
 getrennt lebend seit:

Bei wem lebt das Kind:

Eltern  Pflegeeltern  Großeltern  
 Mutter  Adoptiveltern  
 Vater  sonstige: \_\_\_\_\_  
 Wohngruppe (Name/Anschrift, zuständiger Betreuer) seit:

	Mutter	Vater	Stief-/Pflege-/Adoptiv-Eltern/Vormund
Adresse:			
Telefon:			
Mobil:			
E-mail:			
Name, Vorname:			
Geburtstag:			
Staatsangehörigkeit:			
Schulabschluss:			
Ausgeübter Beruf:			
Berufstätigkeit:	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Halbtags <input type="radio"/> Ganztags	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Halbtags <input type="radio"/> Ganztags	<input type="radio"/> Keine <input type="radio"/> Halbtags <input type="radio"/> Ganztags

# Vorstellungsgrund

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme (mehrere Antworten möglich)

- Körperbeherrschung und Bewegung
- Intelligenzentwicklung
- Sprachentwicklung
- Aggressivität
- Stimmungsschwankungen
- Ernährung
- Migräne/Kopfschmerzen
- Schlafstörungen
- Verhalten
- Umgang und Spiel mit anderen Kindern
- Erziehung
- Schulische Leistung
- Wachstum und Körperbau
- Anfälle
- Einnässen/Einkoten
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Können Sie die Probleme genauer Beschreiben:

---

---

---

---

Seit wann bestehen diese Probleme:

---

Welche Hilfe und Untersuchungen erwarten Sie:

---

---

---

---

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders:

---

---

---

---

## Informationen Familie

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor:  Nein  Ja, welche, wer hat Sie?

---

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor:  Nein  Ja, welche, wer hat Sie?

---

Gab oder gibt es belastende Lebensereignisse:

---

Geschwister				
Name, Vorname:				
Geburtstag:				
Männlich/ Weiblich				
Geschwister/ Halbgeschwister/ Stiefgeschwister				

Sind Geschwister hier in Behandlung:  Nein  Ja

Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil:

Besteht nicht seit:

etwa alle: \_\_\_\_\_ Wochen, bzw \_\_\_\_\_ Monate

Wer betreut das Kind, wenn es nach Hause kommt:

---

Welche weiteren Personen leben zusammen mit Ihrem Kind und üben einen Einfluss auf die Erziehung aus:

---

Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig:

- Nein  
 häufig uneinig  
 entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

Wie ist das Verhältnis	Gut	Mittel	Schlecht
zu der Mutter			
zu dem Vater			
zu den Geschwister			
der Eltern untereinander			

## Schwangerschaft

Künstliche Befruchtung:  Ja  Nein

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften \_\_\_\_\_ davon \_\_\_\_\_ Fehlgeburten \_\_\_\_\_ Abbrüche

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente ein:  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie während der Schwangerschaft:

geraucht \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  getrunken  Drogen konsumiert, welche: \_\_\_\_\_

Zeigten Ultraschalluntersuchungen Auffälligkeiten:  Ja  Nein

Welche: \_\_\_\_\_

Wie alt waren die Eltern bei der Geburt: ♂..... ♀.....

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z.B.:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Blutungen/ drohende Fehlgeburt | <input type="radio"/> Operationen           |
| <input type="radio"/> hoher Blutdruck/ EPH-Gestose   | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit       |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten          | <input type="radio"/> Seelische Belastungen |
| <input type="radio"/> Andere: _____                  |   |

## Geburt

Errechneter Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Entbindung:  Termingerecht  Zu früh .....Tage/Wochen  Zu spät .....Tage/Wochen

Klinikentbindung:  Ja  Nein

Welcher Ort/Klinik: \_\_\_\_\_

Gab es Sorgen und Ängste unter der Geburt:  Ja  Nein

Wer begleitete die Mutter: \_\_\_\_\_

Kaiserschnitt:  Ja  Nein

Dauer der Geburt ab Wehenbeginn: \_\_\_\_\_

Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.:

- |                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Zwillinge | <input type="radio"/> Saugglockengeburt     |
| <input type="radio"/> Steißlage | <input type="radio"/> Zangengeburt          |
|                                 | <input type="radio"/> Andere, welche: _____ |

War das Fruchtwasser:  grün  zu viel  zu wenig

War die Nachgeburt (Plazenta):  auffällig  zu klein  vernarbt

## Neugeborenes (ggf. im gelben Vorsorgeheft nachschlagen)

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g Geburtsgröße: \_\_\_\_\_cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_cm

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien:  Ja  Nein

Mussten Medikamente verabreicht werden:  Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

Wurde Ihr Kind beatmet:  Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

Wurde Ihr Kind gestillt:  Ja, welche: \_\_\_\_\_  Nein

Räumliche Trennung von Kind und Mutter nach der Geburt:  Ja  Nein

Apgarwerte: \_\_\_\_\_

Gab es sonstige Komplikationen in den ersten Lebenswochen wie z.B.:

- |                                     |
|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Infektionen   |
| <input type="radio"/> Krampfanfälle |
| <input type="radio"/> Andere: _____ |

# Entwicklung

## Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr

- Exzessives Schreien
- Ein-/ Durchschlafstörungen
- Trinkschwierigkeiten/ Ernährungsprobleme
- Schreckhaftigkeit:
- Wenig Interesse an der Umwelt
- Blickkontakt vermeidend
- Körperkontakt vermeidend
- Auffallendes oder verspätetes Sitzen/Krabbeln/Umdrehen

## Auffälligkeiten im Kleinkindalter

### Verhalten

- Anhänglich
- Leichte Ablenkbarkeit
- Probleme mit Essen
- Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen
- viel weggelaufen
- Stimmungsschwankungen
- starker Speichelfluss
- konnte sich nicht alleine beschäftigen

### Sprachentwicklung

- unauffällig
- Aussprachefehler
- Sprachverständnisschwierigkeiten
- verzögert
- geringer Wortschatz
- grammatikalische Auffälligkeiten

Erste Worte sprechen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Sätze sprechen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

### Motorik

- unauffällig
- unsicher
- überaktiv
- häufige Unfälle
- verzögert
- ungeschickt
- wenig aktiv

Krabbeln mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Freies sitzen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Laufen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

### Handmotorik

- linkshändig
- rechtshändig
- wechselnd
- wenig/kein Malen/Basteln
- ungeschickt/verkrampft

### Sauberkeit

- Trocken
- am Tag seit: \_\_\_\_\_
- nachts seit: \_\_\_\_\_

Nach dem 3. Lebensjahr:

- Einnässen
- Tag wann: \_\_\_\_\_
- nachts wann: \_\_\_\_\_
- Einkoten
- Tag wann: \_\_\_\_\_
- nachts wann: \_\_\_\_\_

### Betreuung

- Tagesmutter/-vater
- Krippe
- Kiga
- Vorschule

### Probleme

- Ja
- Nein
- Ja
- Nein
- Ja
- Nein
- Ja
- Nein

### Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Welche Probleme gab es: (mehrere Antworten möglich)

- Besuch war/ist unbeliebt
- Trennungsprobleme beim verabschieden
- Gruppenspiele wurden abgelehnt
- Einzelgänger/Außenseiter
- Kind galt als Spielverderber
- Kind galt als aggressiv
- Verweildauer beim Spiel auffallend kurz
- Probleme beim An-/Ausziehen
- Nägelkauen
- Tics
- Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Schwierigkeiten beim Einschätzen von Gefahren
- Malen/Basteln unbeliebt
- Körperkontakt abgelehnt
- Probleme beim Erlernen des Radfahrens
- Probleme beim Erlernen des Schwimmens
- Probleme bei Regelspielen
- Distanzloses Verhalten
- Marotten, Grimassieren, unpassender Gesichtsausdruck
- Auffallende, ungewöhnliche Essgewohnheiten

Was spielt Ihr Kind besonders gerne: \_\_\_\_\_

# Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind:

- Grundschule                       Gymnasium  
 Gemeinschaftsschule  
 Name/Anschrift der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Klasse: \_\_\_\_\_  
 Wann war die Einschulung: \_\_\_\_\_  
 Schulwechsel: \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig ist der Schulbesuch:

- verspätet sich oft                       schwänzt häufig                       regelmäßig  
 zeitweise keine Schule besucht, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ fehlt oft, wegen: \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme beim Lernen/bei den Hausaufgaben: \_\_\_\_\_

---

Probleme in der Schule (mehrere Antworten möglich)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Kind hat sich heftig gegen die Schule gesträubt | <input type="radio"/> Kann nicht warten   |
| <input type="radio"/> Kind hat ausgeprägte Ängste                     | <input type="radio"/> Konzentration schlecht  |
| <input type="radio"/> Von der Schule schnell enttäuscht               | <input type="radio"/> Arbeitstempo verlangsamt  |
| <input type="radio"/> Ärger mit den Lehrern                           | <input type="radio"/> Schwierigkeiten Ordnung zu halten                                   |
| <input type="radio"/> Arbeitsverhalten ein Problem                    | <input type="radio"/> Führt Tätigkeiten nicht zu Ende                                     |
| <input type="radio"/> Braucht bei Hausaufgaben viel Hilfe             | <input type="radio"/> Leistungen wechselhaft  |
| <input type="radio"/> Braucht sehr lange für Hausaufgaben             | <input type="radio"/> Probleme beim Lesen/Schreiben/Rechnen (zutreffendes unterstreichen) |
| <input type="radio"/> Hausaufgaben werden häufig vergessen            | <input type="radio"/> Sonstiges   |

Hat Ihr Kind Freunde: Ja  Anzahl: \_\_\_\_\_ Nein

Wie häufig besucht Ihr Kind diese Freunde: \_\_\_\_\_ proWoche

Verhalten in der Gruppe (mehrere Antworten möglich)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Kommt gut mit anderen aus      | <input type="radio"/> Wird häufig gezwickt, gestoßen, geschlagen    |
| <input type="radio"/> Sucht andere zu beherrschen    | <input type="radio"/> Beschimpft andere oft                         |
| <input type="radio"/> Will immer bestimmen           | <input type="radio"/> Wird oft von anderen beschimpft               |
| <input type="radio"/> Nimmt anderen häufig was weg   | <input type="radio"/> Prahlte gerne vor anderen                     |
| <input type="radio"/> Sucht andere zu beherrschen    | <input type="radio"/> Zieht sich oft zurück                         |
| <input type="radio"/> Zwickt, stößt, schlägt andere  | <input type="radio"/> Wird von anderen wenig beachtet oder gemieden |
| <input type="radio"/> Freundschaften halten nur kurz | <input type="radio"/> Kind wird gefürchtet                          |
| <input type="radio"/> Aggressives Verhalten          | <input type="radio"/> Kind wird gemobbt                             |

Befand/Befindet sich ihr Kind in der Pubertät: Ja  Nein

Beginn der Pubertät: Bei Mädchen: Erste Monatsblutung im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Bei Jungs: Stimmbruch im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

# Vorerkrankungen und Behandlungen

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt:

z.B.: Augenarzt, HNO-Arzt, Psychologe, Familientherapeut, Physiotherapeut, Logopädie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Kinder- und Jugendpsychater usw.

Beruf oder Therapiestelle Name, Anschrift	Wann? von-bis	Wegen welcher Erkrankung/ Aus welchem Anlass

Bisher durchgeführte Untersuchungen (ambulant oder stationär):

- EEG       Schlaf-Entzugs-EEG       Hörprüfung       Computertomogramm (z.B. Kopf)
- EKG       Kernspintomogramm       Psychologischer-Test       Lese-/ Rechtschreibtest
- Leistungstest/Intelligenztest       Andere: \_\_\_\_\_

In welcher Klinik wurde ihr Kind stationär behandelt:

Anschrift der Klinik	Wann? von-bis	Wegen welcher Erkrankung/ Aus welchem Anlass

Krankheiten/ Unfälle/ Allergien: \_\_\_\_\_

Nimmt/nahm ihr Kind regelmäßig Medikamente ein:

Medikament	von	bis



## Sonstige Betreuung

Welche Hilfen haben Sie schon in Anspruch genommen:

- Beratungsstelle \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- Gesundheitsamt \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- Sozialamt \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- Jugendamt/ASD \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- schulpsychologischer Dienst \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- Pflegekinderdienst \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

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

## Bitte hier nochmal Unterschreiben

Hiermit versichere ich, dass sich mein Kind derzeit nicht in einer anderen kinder-u. jugendpsychiatrischen Praxis, Institutsambulanz oder in sozialpädiatrischen Behandlung, in einem sozialpädiatrischen Zentrum befindet.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Sorgeberechtigten

\_\_\_\_\_  
Datum