

Name:

Datum:

Liebe Eltern!

Bitte beantworten Sie die Fragen mit JA oder NEIN, einer entsprechenden Zahl oder Stichworten.

Vom Patient auszufüllen

Schwangerschaft mit diesem Kind:

Alter der Mutter während
der Schwangerschaft:

Alter des Vaters während
der Schwangerschaft:

Verheiratet:

Schwangerschaft geplant: erwünscht:

Fehlgeburten : nein: ja: wann:

Medikamente: Alkohol: Zigaretten:

Geburt:

zum errechneten Termin: Wann?

Spontangeburt: Kaiserschnitt:

Geburtsgewicht: Größe:

Komplikationen: Welche:

O₂-Mangel: Apgar-Werte:

Entwicklung Ihres Kindes:

Gestillt: Wie lange?

Rhythmus:

Körperliche Störungen

im 1. Lebensjahr: Welche?

Verhaltensauffälligkeiten im 1. Lebensjahr:

Welche?

Wann gegessen? gekrabbelt? gelaufen?

Wann erste Worte? Erste Sätze?

Wann war die Sauberkeitserziehung abgeschlossen?

tags: nachts:

Trotzphase Wann?

Schlaf-/Essverhalten:

Zeitpunkt des ersten Kindergartenbesuches:

Auffälligkeiten im Kindergarten:

Vom Arzt auszufüllen

Bitte wenden

Name:

Vom Patient auszufüllen

Zeitpunkt der Einschulung: _____
Auffälligkeiten in der Schule: _____

Spätere Schulwechsel: _____
Geburt von Geschwistern: _____

Welche Krankheiten: _____ Wann? _____

Unfälle: _____
Krankenhausaufenthalt: _____

Operationen: _____

Umzüge: _____

Andere Veränderungen oder Verluste der Familie: _____

Welche und in welchem Alter hatte Ihr Kind Vorbehandlungen?
(z.B. medizinische, psychologische, ergotherapeutische,
logopädische) _____

Vom Arzt auszufüllen

Hiermit bestätigen wir, dass wir in diesem Quartal keine laufende Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren, psychiatrischen Institutsambulanzen oder anderen kinderpsychiatrischen Praxen wahrgenommen haben.

ja

nein , wir waren / sind in diesem Quartal bereits in Behandlung bei :

