

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:

O<sub>2</sub>-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 :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_