



Vorgeschichte JuHi

Datum: _____

Name (PatientIn): _____ geb. am: _____

♦ Haus- /Kinderarzt: _____

Name der Wohngruppe _____

Das Kind bzw. der/die Jugendliche wohnt seit _____ in

(Adresse der Einrichtung): _____

Telefon Nr. _____

Zuständige Betreuer/in _____

Gruppenstruktur:

Regelgruppe Intensivpädagogische Gruppe

Anzahl der Kinder in der gleichen Gruppe _____

Alter der Kinder zwischen _____ und _____

Geschlechterverteilung Jungen _____ Mädchen _____

Geschwister in der gleichen Einrichtung? _____

leibliche Eltern:

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Mutter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

♦ Kontakte zur leiblichen Mutter

wie oft? _____

♦ Kontakte zum leiblichen Vater

wie oft? _____

Sonstiges:

Frühe Entwicklung:

- ◆ Bemerkungen zur Schwangerschaft und Geburt

- ◆ freies Laufen mit ____ Monaten ◆ erste Worte mit ____ Monaten
- ◆ Nachts trocken mit ____ Monaten ◆ sauber mit ____ Monaten
- ◆ Bemerkungen zur Entwicklung des Sprechens oder der Bewegung

Welche Sprache wird / wurde zu Hause gesprochen? _____

Ernste Erkrankungen des Kindes: (Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen, Allergien)

Welche Erkrankung?	Wann?	Wo behandelt?

- ◆ Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall ja nein
- ◆ Welche Medikamenten werden aktuell eingenommen?

- ◆ Seelische Belastungen, Krisen oder schwere Erkrankungen in der Familie

Kindergarten / Schule:

- ◆ Bemerkungen zum Kindergarten (Trennungsangst, Integrativer Kindergarten, Wutanfälle)
- ◆ Bemerkungen zur Grundschule (Förderschule, GU/GL-Kind)

Einschulung im Jahr _____

♦ aktuelle Schule: _____ Klasse: _____
Adresse: _____
Lehrer/in _____ ♦ Tel: _____
OGS ja nein
Bemerkungen zur aktuellen Schule

Vorlieben / Gewohnheiten:

♦ Freunde: gleich alte jüngere ältere mehr Jungen mehr Mädchen

Anzahl: _____ zieht sich zurück ist Einzelgänger

♦ Freizeit: TV / PC / Handy etc. für _____ Stunden am Tag

Sport, Hobbys etc.: _____

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft? nein ja welche? _____

♦ Ernährung: (Lieblingssessen, viel Süßigkeiten etc.)

♦ Schlafen: Bettgezeit: _____ Uhr Einschlafen: _____ Uhr Aufstehen: _____ Uhr

Bemerkungen (Alpträume, Aufwachen, bei den Eltern im Bett, etc.):

Untersuchungen, Hilfen und Therapien:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> Jugendhilfe |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung |
| <input type="checkbox"/> Psychotherapie von _____ bis _____ bei: _____ | | |

Sonstiges: _____

Wir danken Ihnen für Ihre Geduld und Mühe, uns die vielen Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten oder Ergänzungen dürfen Sie uns gerne ansprechen oder weitere Notizen hinzufügen.

Ihr Praxisteam