



Vorgeschichte

Datum: _____

Name (PatientIn): _____ geb. am: _____

♦ Haus- /Kinderarzt: _____

leibliche Eltern:

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Mutter
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ _____
Schulabschluss: _____
Beruf: _____
Aktuelle Tätigkeit: _____
Wochenstunden: _____

Vater
Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ _____
Schulabschluss: _____
Beruf: _____
Aktuelle Tätigkeit: _____
Wochenstunden: _____

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen?

leibl. Mutter Stiefmutter Pflegemutter Adoptivmutter

leibl. Vater Stiefvater Pflegevater Adoptivvater

andere _____

„Ersatzeltern“ (z.B. Stief-, Adoptiv-, Pflegeeltern, Erziehungsstellen):

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ _____
Schulabschluss: _____
Beruf: _____
Aktuelle Tätigkeit: _____
Wochenstunden: _____

Name: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ _____
Schulabschluss: _____
Beruf: _____
Aktuelle Tätigkeit: _____
Wochenstunden: _____

♦ Kontakte zur leiblichen Mutter wie oft? _____

♦ Kontakte zum leiblichen Vater wie oft? _____

Kinder im gleichen Haushalt:

Vorname, Name	Geburtsjahr	leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptivgeschwister,

Geschwister in einem anderen Haushalt:

Vorname, Name	Geburtsjahr	leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptivgeschwister,

Welche Erwachsenen haben noch erzieherischen Einfluss oder sind wichtig für das Kind?

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

- ◆ Umzüge, Änderung in der Zusammensetzung der Lebensgemeinschaft, Schulwechsel, Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme eines Elternteils, Tod naher Angehöriger, schwere Krankheit, etc.

Ereignis	Wann?

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