



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:

Kinder- und Jugendpsychiater Ergotherapie Schulpsychologischer Dienst
 Sozialpädiatrisches Zentrum Sprachtherapie Jugendhilfe
 Medikamente Krankengymnastik Erziehungsberatung
 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