

Termin:

Uhrzeit:

Wir bestätigen hiermit den o.g. Termin und nehmen zur Kenntnis, dass bei Nichteinhalten bzw. bei nicht rechtzeitiger Absage von Behandlungsterminen ein Ausfallhonorar von € 50,- in Rechnung gestellt wird.

Unterschrift **beider** Erziehungsberechtigter

Angaben zum Kind:

Name d. Kindes/Jugendlichen: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Krankenkasse: _____

Für welche Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?

Welche Maßnahmen haben Sie hinsichtlich dieser Probleme bisher veranlasst?

Wer hat die Vorstellung bei mir empfohlen?

Angaben zur Familie:

Name der Mutter: _____ Beruf: _____ Geburtsjahr: _____

Name des Vaters: _____ Beruf: _____ Geburtsjahr: _____

Geschwister (Name, Geburtsdatum, Besonderheiten):

Angaben zur Lebenssituation:

Hat ihr Kind Hobbys? _____

Nimmt Ihr Kind an regelmäßigen außerschulischen Aktivitäten teil, etwa Vereinsaktivitäten?

Hat Ihr Kind einen besten Freund/eine beste Freundin? _____

Wie schätzen Sie die soziale Integration Ihres Kindes ein? _____

Kindliche Entwicklung:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? _____

Gab es unter der Geburt Besonderheiten? _____

Geburtsgewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____

Hat das Kind sofort nach Geburt geschrien? _____

War eine Beatmung notwendig? _____

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? _____

Freies Laufen mit _____ Monaten Erste Worte (außer Mama, Papa) mit _____ Monaten

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen mit _____ Monaten

Wer betreute das Kind überwiegend im 1-2. Lebensjahr? _____

Gab es Besonderheiten während der Säuglingszeit? _____

Verhaltensauffälligkeiten bis zum 3. Lebensjahr: _____

In welchem Alter besuchte Ihr Kind einen Kindergarten? _____

Gab es dort Auffälligkeiten? _____

Mit wie viel Jahren wurde ihr Kind in die erste Klasse eingeschult? _____

Wurde eine Klasse wiederholt? _____

Schulbesuch von _____ bis _____ Schulart _____

Gab es beim Schulbesuch von Seiten der Lehrer berichtete Auffälligkeiten?

Körperliche Erkrankungen:

Hat ihr Kind bereits an einer schwerwiegende Erkrankung gelitten? _____

Leidet es unter chronischen Erkrankungen? _____

Wurde Ihr Kind schon stationär behandelt? _____

Wurde Ihr Kind schon operiert? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? _____

Anmerkungen:
