



Anmeldebogen

Name des Kindes/Jgdl.: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Email-Adresse: _____

Krankenversicherung: _____

Über wen ist das Kind versichert? _____

Behandelnder Kinderarzt: _____

Anschrift Kinderarzt: _____

Bei getrennt lebenden Eltern: _____

Wo lebt das Kind? _____

Wer ist sorgeberechtigt? _____

Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und seine Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Diagnostik, Beratung und Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen in Ruhe und so genau wie möglich beantworten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich in der gleichen, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Zeit und ihr Engagement!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Schwangerschaft:

Komplikationslos

Komplikationen durch: hohen Blutdruck Diabetes drohende Fehlgeburt Infektionskrankheiten

Medikamenteneinnahme

Sonstiges und zwar: _____

Wurde/n während der Schwangerschaft

Alkohol konsumiert ja nein oder Zigaretten ja nein

Andere Drogen ja nein wenn ja, welche? _____

Geburt:

Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsgewicht: _____ g Geburtslänge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm Apgar: _____



Geburtsverlauf:

normal/Spontangeburt

Kaiserschnitt/Seccio: primär/geplant sekundär/nicht geplant

komplikationslos

Komplikationen, und zwar: _____

Unterstützung durch: Saugglocke Zange

Regulationsstörungen im Säuglingsalter:

Schlaf: ja nein

Füttern: ja nein

Schreien/Unruhe: ja nein

Wenn ja, bitte erläutern _____

Wurde Ihr Kind gestillt? ja nein

Wenn ja, wie lange? _____

Entwicklung: frei Laufen mit: ____ Monaten; Sprechen mit: ____ Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

- in der **Sprachentwicklung**?: nein

ja, und zwar: _____

- beim **Hören**?(z.B.Mittelohrentzündung, Röhrrchen): nein

ja, und zwar: _____

- beim **Sehen**?(z.B. Brille): nein

ja, und zwar: _____

- bei der **Sauberkeitserziehung**? nein

ja, und zwar: _____

- bei **motorischen Entwicklung**? nein

ja, und zwar: _____

Vorerkrankungen des Kindes

Chronische körperliche Erkrankungen: _____

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): _____

Allergien/Unverträglichkeiten?: nein ja, und zwar: _____



Vorbehandlungen

Gab es in der Vergangenheit oder gibt es aktuell Behandlungen durch:

Psychotherapie nein

ja, und zwar (wann und wo/bei wem): _____

Ergotherapie nein

ja, und zwar (wann und wo/bei wem): _____

Physiotherapie nein

ja, und zwar (wann und wo/bei wem): _____

Logopädie nein

ja, und zwar (wann und wo/bei wem): _____

Andere: nein

ja, und zwar (wann und wo/bei wem): _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit **Medikamente** ein und wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Kindergarten- und Schulbesuch

Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut?

Krippe/Tagesmutter

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

Name der Einrichtung

Kindergarten

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

Name der Einrichtung



GEMEINSCHAFTSPRAXIS

für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und Psychotherapie am Friesenweg

Dr. Pia Lammel & Dr. Martin Stolle

Vorschule

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

Name der Einrichtung

Gibt/gab es Probleme beim Besuch einer der Einrichtungen und wenn ja, welche:

Welche **Schulform/Ausbildung** besucht Ihr Kind zurzeit?

Name

Klassenstufe: _____

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Schule und wenn ja, welche:

Schul-/Ausbildungsbesuch

Regelrecht Klassenstufe einmal wiederholt mehrmals wiederholt
umgeschult Schulabbruch

Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Leben beide leiblichen Elternteile?

beide leben beide verstorben
Vater verstorben Mutter verstorben

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

zusammenlebend getrennt/geschieden
durch den Tod getrennt nie zusammengelebt

Das Kind wohnt zur Zeit zusammen in einem Haushalt mit:

leiblicher Mutter Stiefmutter Adoptivmutter
Pflegermutter Großmutter sonstiger Ersatzmutter
leiblichem Vater Stiefvater Adoptivvater
Pflegevater Großvater sonstiger Ersatzvater
leiblichen Geschwistern Stiefgeschwistern Adoptivgeschwistern
sonstige Ersatzgeschwistern keinen Geschwistern



Bei getrennt lebenden Eltern:

Zu welchen Anteilen lebt das Kind wo? _____

Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: _____

Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	ggf. Probleme/Erkr.
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

Geburtsjahr und Geburtsort der Eltern

Vater Geburtsjahr: _____ Geburtsort: _____
Mutter Geburtsjahr: _____ Geburtsort: _____

Ausbildung und Berufstätigkeit der Eltern

Vater:

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Aktuelle berufliche Tätigkeit: _____

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ganztags erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | teilzeitbeschäftigt | <input type="checkbox"/> | Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> |
| arbeitsuchend | <input type="checkbox"/> | Ausbildung/Umschulung | <input type="checkbox"/> | Rentner | <input type="checkbox"/> |
| im Haushalt tätig | <input type="checkbox"/> | andere: _____ | | | |

Mutter:

Schulabschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Aktuelle berufliche Tätigkeit: _____

- | | | | | | |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ganztags erwerbstätig | <input type="checkbox"/> | teilzeitbeschäftigt | <input type="checkbox"/> | Schichtarbeit | <input type="checkbox"/> |
| arbeitsuchend | <input type="checkbox"/> | Ausbildung/Umschulung | <input type="checkbox"/> | Rentnerin | <input type="checkbox"/> |
| im Haushalt tätig | <input type="checkbox"/> | andere: _____ | | | |



Gibt es oder gab es besondere Belastungen in der Familie (z.B. anhaltende Konflikte, körperliche oder seelische Erkrankungen, Umzug, Arbeitslosigkeit)?

Was ist der Anlass der Vorstellung in unserer Praxis?

Ich/wir haben zur Kenntnis genommen, dass die Praxis Dres. Lammel/Stolle in Praxisgemeinschaft mit den Fachärztinnen für Kinder und Jugendpsychiatrie Dr. Berner und Dr. Landwehr tätig ist. Dies hat den Vorteil, dass wir vier Fachärztinnen/Fachärzte, Dres. Berner, Landwehr, Lammel, Stolle, uns bei Bedarf/bei Notfällen gegenseitig vertreten können. In solchen Fällen ist es im Interesse der Behandlung unumgänglich, dass die vertretenden Ärztinnen Frau Dr. Berner und Frau Dr. Landwehr auf die Daten Ihres Kindes Zugriff hat, auch wenn ihr Kind in der Gemeinschaftspraxis Dres. Lammel/Stolle in Behandlung ist. Dies ist aus Gründen des Datenschutzes nur mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten möglich.

Deshalb: Wir stimmen hiermit ausdrücklich zu, dass im Falle einer notwendigen Vertretung die vertretende Ärztinnen Dr. Berner/Dr. Landwehr Zugriff auf die Daten meines Kindes nehmen kann.

Findet zur Zeit eine Behandlung in einer anderen Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und – psychotherapie, in einer Psychiatrischen Institutsambulanz einer Klinik oder einem sozialpädiatrischen Zentrum (z.B. Flehmig-Institut, Werner-Otto-Institut) statt?

nein
ja und zwar: _____

Sollte eine parallele Behandlung eintreten, werde ich/wir dieses der Praxis Dres Lammel/Stolle unmittelbar mitteilen.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung von meinem Kind in der Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Friesenweg Dr. med. Lammel & Dr. med. Stolle

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von: Mutter / Vater _____

Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum ersten Gesprächstermin mit!