



Datum: _____

Liebe Eltern,
liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgende Erhebung der persönlichen Angaben sowie der Krankheitsgeschichte ist ausschließlich zu meinem persönlichen internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, übergehen Sie bitte. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	

Angaben zum Kind

Name, Vorname:	
Alter, Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Krankenversichert bei:	
Größe (in cm):	
Gewicht (in kg):	

Kindergarten/Schule:	
Kontaktperson:	
Adresse:	
Telefon:	

2. Wohnsitz des Kindes bei:	
Adresse:	
Telefon/E-Mail:	

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen:	

Datum der 1. Vorstellung in meiner Praxis: _____

Krankheitsgeschichte

Frühere psychotherapeutische Therapien/Anlass der damaligen Therapie:

Hausarzt/Kinderarzt, Adresse:

Hauptproblem in der jetzigen Situation, das zur Vorstellung in meiner Praxis Anlass gab:
Das Problem ist zum ersten Mal aufgetreten/besteht seit:

Entwicklungsgeschichte (Bitte ankreuzen und/oder ergänzen)

1. Schwangerschaftsverlauf

- ohne Beschwerden _____
- mit Beschwerden _____
- mit körperlichen Komplikationen _____
- War Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt geplant? _____

2. Geburtsverlauf

- normal _____
- mit Schwierigkeiten; welche _____
- mit großen Schwierigkeiten; welche _____
- In welcher Klinik entbunden: _____
- Geburtsgewicht (in g) u. -größe (in cm) _____

3. Ernährung im 1. Lebensjahr

- gestillt?
 - wie abgestillt?
 - ohne Störung
 - mit Störung; welche?
-

4. Zur weiteren Entwicklung (soweit erinnerlich)

In welchem Alter konnte ihr Kind

- frei sitzen: _____
- frei laufen: _____
- Worte (erste) sprechen: _____
- Sätze sprechen: _____

Hatte es in dieser Zeit Probleme? Welche?

In welchem Alter

- war Ihr Kind sauber: _____
- war Ihr Kind trocken: _____

Wann wurde mit der Sauberkeitsgewöhnung begonnen:

Die Trotzphase war

- gering
- stark
- in welchem Alter? _____
- nicht beobachtet

5. Auffälligkeiten in der Entwicklung

- | | nur früher/wann: | zur Zeit: |
|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| ▪ Nägelkauen/-pulen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Kopfwiegen und –schlagen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sprachschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Verstopfungen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Erschöpfungszustände | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sonstige Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Menarche | <input type="checkbox"/> seit: _____ | |

**6. Krankheiten (Kinderkrankheiten, andere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Krampfanfälle)
 Allergien**

Art der Krankheit	wann	ggf. in welcher Klinik

7. Schulische Entwicklung

Kindergartenbesuch

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------|------|
| ▪ Ja | <input type="checkbox"/> | von: | bis: |
| ▪ Nein | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ Mein Kind ging gerne | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ Mein Kind ging <u>nicht</u> gerne | <input type="checkbox"/> | in den Kindergarten. | |

Einschulung

- Mein Kind hat sich gefreut
 - Mein Kind hat sich nicht gefreut zur Schule zu kommen.
 - Jahr: _____
 - Alter: _____
 - zurückgestellt:
 - Klassenwiederholung: _____ Klasse
 - Umschulung:
- wohin: _____
- wann: _____

8. Familiäre Daten

Geschwister

Name	geboren	zur Zeit					aus welcher Beziehung?
		Kindergarten	Schule	Ausbildung	Beruf		
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Mutter

Geburtsdatum:		
Alter:		
erlernter Beruf:		
z. Zt. ausgeübter Beruf:		Wochenarbeitszeit: _____ Stunden
zufrieden mit jetziger Tätigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Vater

Geburtsdatum:		
Alter:		
erlernter Beruf:		
z. Zt. ausgeübter Beruf:		Wochenarbeitszeit: ____ Stunden
zufrieden mit jetziger Tätigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Bitte vermerken Sie hier, wenn Ihre Familie sich verändert hat, z. B. eine zweite Ehe oder Halbgeschwister da sind:

Haben Sie und Ihr Kind einen (plötzlichen) Verlust eines Familienmitgliedes zu verkraften gehabt?

9. Wohnsituation

- Anzahl der jetzigen Räume: _____
- Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen: _____
- In welchem Raum schläft das Kind: _____
- Mit wem schläft das Kind zusammen: _____

Ist ein Garten, Hof, Spielplatz für das Kind erreichbar? Ja Nein

Wohnungswechsel:

wann: _____ wohin: _____



Welche akuten Sorgen führen Sie zu mir: