

Kinderarzt: _____

Sozialdienste/Jugendamt: _____

Name und Telefon: _____

Warum möchten Sie Ihr Kind in der Praxis vorstellen?:

Was wurde zur Lösung der Probleme schon versucht? Wo haben Sie bereits Ihr Kind vorgestellt? (Bitte Institution und Vorstellungsjahr angeben)

Eigenanamnese:

Schwangerschaft

Mehrlingsschwangerschaft

Verlauf: Ungestört

Vorzeitige Wehen

Blutungen

Drohender Abort (Fehlgeburt?)

Erbrechen/Übelkeit

Schwangerschaftsvergiftung

Zigarettenkonsum: _____ pro Tag

Alkoholkonsum

Drogenkonsum

Medikamente _____

Psychische Belastungen: _____

Sonstiges zur Schwangerschaft: _____

Geburt:

Termin (SSW): _____

Wo erfolgte die Geburt: _____

Verlauf: Ungestört

Verzögert

Frühgeburt: _____ Woche

Übertragung

Zange/Nabelschnurumschlingung

Kaiserschnitt

Vorzeitiger Blasensprung

Geburtsgewicht: _____ g

Größe _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

APGAR ___ / ___ / ___

Nach Geburt:

Unkompliziert

Sauerstoffmangel

Brutkasten

Verstärkte Gelbsucht

Krämpfe

Sonstiges: _____

Frühkindliche Regulation:

Schreien/Unruhe (Stunde pro Tag): _____

Einschlafstörung

Durchschlafstörung

Stillzeit: _____ Monate

Fütterungsstörung

Trinkschwierigkeiten

Angaben zur kindlichen Entwicklung:

Alleine sitzen mit: _____ Monaten

Krabbeln mit: _____ Monaten

Alleine gehen mit: _____ Monaten

Erste Worte mit: _____ Monaten (Mama/Papa)

Erste Zweiwortsätze: _____ mit Monaten Richtig Sprechen mit: _____ Monaten

Sprachstörung: _____

Trocken mit: _____ Monaten

Sauber mit: _____ Monaten

Körperliche und psychische Erkrankungen/Operationen: _____

Allergien: _____

Unverträglichkeit: _____

Appetit/Schlaf: _____

Aktuelle Medikation: _____

Welche Förderungen/Therapien hat Ihr Kind bisher und in welchem Jahr erhalten?

Frühförderung: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Krankengymnastik: _____

Psychotherapie: _____

Andere: _____

Kindergarten:

Kindergartenbesuch: Nein Ja, seit/von bis _____

Ggf. Anschrift des Kindergartens: _____

Verhalten im Kindergarten (Spiele, Freunde, etc.): _____

Störung bei Besuch des Kindergartens:

Trennungsangst

Kontaktstörung

Spielstörung

Aggression

Unruhiges Verhalten

Sonstiges: _____

Schulbesuch:

Alter bei Schuleintritt: _____ Jahre

Grundschule: _____

Verhalten/Probleme in der Grundschule: _____

Klassenwiederholung: Ja, Klasse _____ Nein

Aktueller Schulzweig/Klasse: _____

Name aktuelle Schule: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name derzeitiger Klassenlehrer: _____

Aktuelles Verhalten/Probleme in der Schule: _____

Hat das Kind die Schule gewechselt (außer von Grundschule auf die weiterführende Schule)

Ja Nein wenn ja warum? _____

Lieblingsfächer: _____

Freizeitverhalten:

Hobbys: _____

Medienkonsum: (Fernsehen, Handy, PC, usw.): _____ Stunden pro Tag

Abweichende Elternsituation

Sorgeberechtigte:

komplettes Sorgerecht:

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Teile des Sorgerechts: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Pflegeeltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Adoptiveltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Wohngruppe: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Andere: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Einverständnis Behandlung

Ich bin einverstanden, dass ich / mein Kind _____ geb. _____
im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zweibrücken zur Diagnostik und Behandlung
vorgestellt wird /werde.

Da wir in unserer Praxis überwiegend nach Terminvereinbarung arbeiten, ist unser Praxisablauf
notwendigerweise stark strukturiert.

Termine, die von uns vergeben wurden sind deshalb verbindlich.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können – aus welchen Gründen auch immer – so sollte
dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen
die entstandenen Kosten für den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen, sofern dieser
nicht neu besetzt werden kann.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Mutter: _____ Vater: _____

Andere Sorgeberechtigte: _____

Patient über 18 Jahre _____

Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme eines Fotos für die Patientenakte einverstanden.

Zweibrücken, den _____ Unterschrift: _____