Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

vor dem Erstgespräch/der Aufnahme möchten wir Sie um einige Informationen zu Ihrem Kind/ Ihrem Jugendlichen bitten. So müssen wir bei den ersten Terminen weniger Zeit mit Formalitäten verbringen und stehen Ihnen mit ausreichend Zeit zur Verfügung.

Bitte senden Sie uns die Unterlagen zu oder bringen Sie diese ausgefüllt zum ersten Termin mit - vielen Dank!

Um welches Kind geht es Ihnen bei der Anmeldung/Vorstellung?

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Wohnort _____

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert? _____

Versicherungsnummer: _____ Kassennummer: _____

Wer hat das Sorgerecht für Ihr Kind?

☐ Mutter alleine ☐ Vater alleine ☐ gemeinsames Sorgerecht beider Elternteile ☐ Andere: _____

Wer ist die leibliche Mutter? ***Wer ist der leibliche Vater?***

Name und Vorname:	Name und Vorname:
Straße:	Straße:
Wohnort:	Wohnort:
Telefon: Mobil:	Telefon: Mobil:
EMail oder Fax:	EMail oder Fax:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Schulbildung:	Schulbildung:
Berufsausbildung:	Berufsausbildung:
Berufstätigkeit:	Berufstätigkeit:

Gibt es leibliche Geschwister?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:

Wenn die Eltern getrennt sind: Wer ist jetzt...

Lebens- oder Ehepartner*in der leiblichen Mutter?	Lebens- oder Ehepartner*in des leiblichen Vaters?
Name und Vorname:	Name und Vorname:
Straße:	Straße:
Wohnort:	Wohnort:
Telefon: Mobil:	Telefon: Mobil:
EMail oder Fax:	EMail oder Fax:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Schulbildung:	Schulbildung:
Berufsausbildung:	Berufsausbildung:
Berufstätigkeit:	Berufstätigkeit:

Gibt es Stief- oder Halbgeschwister?

☐ Nein ☐ Ja, folgende:

Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:

Ist das angemeldete Kind Ihr leibliches Kind, Ihr Pflegekind oder Ihr Adoptivkind?

☐ leibliches Kind ☐ Pflegekind ☐ Adoptivkind

Wenn Ihr Kind Pflege- oder Adoptivkind ist: ...

Wer ist die Pflege- bzw. Adoptivmutter?	Wer ist der Pflege- bzw. Adoptivvater?
Name und Vorname:	Name und Vorname:
Straße:	Straße:
Wohnort:	Wohnort:
Telefon: Mobil:	Telefon: Mobil:
EMail oder Fax:	EMail oder Fax:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Schulbildung:	Schulbildung:
Berufsausbildung:	Berufsausbildung:
Berufstätigkeit:	Berufstätigkeit:

Haben Sie als Pflege- oder Adoptiveltern noch andere (leibliche, Pflege- oder Adoptiv-) Kinder?

(Bitte setzen Sie ein „L“ für leibliche, ein „P“ für Pflege- und ein „A“ für Adoptivkinder hinter den Namen!)

Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:
Name und Vorname:	Geburtsdatum:

Welche anderen wichtigen Bezugspersonen gibt es für Ihr Kind?

(z.B. Großeltern, Tagesmutter, Verwandte)

_____

_____

_____

Bitte notieren Sie, mit wem ihr Kind im Haushalt zusammenlebt.

Wer hat Ihnen den Rat gegeben, sich an uns zu wenden?

Um welche Fragen und Probleme geht es Ihnen?

Wenn Sie zurückdenken: Gab es im Leben Ihres Kindes besondere Ereignisse oder Einschnitte?

Welche Wohnungswechsel gab es in der Vergangenheit mit Ihrem Kind zusammen?

Welche Kinderkrankheiten und welche anderen Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht?

Masern	wiederholte Mittelohrentzündung
Mumps	Asthma
Röteln	andere welche?
Keuchhusten	
Windpocken	
Scharlach	

Sind bei Ihrem Kind Allergien festgestellt worden?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

☐ Nein, es gibt jedoch folgende Empfindlichkeiten:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

War Ihr Kind irgendwann zu einer stationären Behandlung im Krankenhaus oder zu einer Kur?

In welchem Alter kam Ihr Kind in den Kindergarten? Und welcher Kindergarten war das?

Wie war die bisherige Schullaufbahn Ihres Kindes?

Wann war die Einschulung? _____

In welcher Schule wurde Ihr Kind damals aufgenommen? _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind jetzt? _____

Wer ist Klassenlehrer oder Klassenlehrerin? _____

Und in welcher Schule ist Ihr Kind jetzt? _____

Hat Ihr Kind eine oder mehrere Klassen wiederholt?

Wenn ja – welche Klasse/n war/en das? _____

Welche Schulwechsel gab es? _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Geht Ihr Kind in einen Hort oder in eine Tagesgruppe?

☐ Nein

☐ Ja, folgende: _____

_____

An wen haben Sie sich wegen der Probleme mit Ihrem Kind schon anderweitig gewandt?

(z.B. Ärzt*innen, Therapeut*innen, Beratungsstellen, Schulpsychologischer Dienst. Wann waren Sie dort?)

_____

_____

_____

Vielleicht stehen Sie in Kontakt mit dem Jugendamt. Um welches Jugendamt handelt es sich? Wer ist dort für Sie zuständig?

_____

_____

_____

Waren Sie mit Ihrem Kind schon einmal in unserem Haus?

(War das ambulant oder stationär? Vermerken Sie bitte auch, wann Sie bei uns waren.)

_____

_____

_____

_____

_____

Wer ist Ihr/e Kinderarzt/ärztin (oder, wenn Sie keinen Kinderarzt haben, Ihr/e Hausarzt/ärztin)?

_____

An welchen Arzt/vorbehandelnde Person soll nach dem Erstgespräch/nach der Behandlung unser Bericht gehen?

_____

_____

_____

_____

_____

Bitte vergessen Sie nicht, diesen Fragebogen zu unterschreiben. Danke!

Ort und Datum: _____

Unterschrift:_____

Raum für weitere Notizen: