

Personalien

Vorzustellendes Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Mädchen

Junge

Anschrift

(ggf. Ansprechpartner in Einrichtung)

Telefon- und Mobilnummer

Krankenversicherung

Hauptversicherter

An der Münze 1
21335 Lüneburg

Tel.: 04131 - 33 93 8
Fax: 04131 - 23 22 80

info@praxis-andermueenze1.de
www.praxis-andermueenze1.de

Anamnesefragebogen

Vorstellungsgrund (ggf. bitte Rückseite verwenden):

Seit wann besteht die Symptomatik/ bestehen die Schwierigkeiten? _____

Waren Sie bereits mit Ihrem Kind oder einem der Geschwister bei uns in Behandlung?

nein ja (Name des Kindes) _____ Wann ca.? _____

Leibliche Eltern

leiblicher Vater:

| | |
|----------------|-------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | |
| Telefon | Beruf |
| Schulabschluss | derzeit tätig als |

leibliche Mutter:

| | |
|----------------|-------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Anschrift | |
| Telefon | Beruf |
| Schulabschluss | derzeit tätig als |

Geschwister (leibliche, Halb-/ Stiefgeschwister)

| | | | |
|----|---------------|--------------|---------------|
| 1. | Name, Vorname | Geburtsdatum | Schule/ Beruf |
| 2. | Name, Vorname | Geburtsdatum | Schule/ Beruf |
| | _____ | _____ | _____ |

3. _____ Geburtsdatum _____ Schule/ Beruf _____
Name, Vorname
4. _____ Geburtsdatum _____ Schule/ Beruf _____
Name, Vorname

Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Beziehungsstatus der **leiblichen** Eltern:

- verheiratet zusammen lebend getrennt lebend
 geschieden verwitwet

Sorgerecht:

- Mutter Vater Beide
 Vormund

Derzeitige Wohnsituation: Bei wem lebt das Kind?

- Mutter Vater beiden Eltern
 Pflegeeltern Adoptiveltern

Sonstige: _____

Wohngruppe (Name/ Anschrift; zuständiger Betreuer: _____)

weitere wichtige Bezugspersonen

Beziehung zum Kind: _____

Name, Vorname

Beziehung zum Kind: _____

Name, Vorname

Vorerkrankungen des Kindes

Krankheiten/ Unfälle/ Allergien

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten

nein ja, welche? _____

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?)

Behandelnder Kinder-/ Hausarzt

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor?

nein ja, welche? _____

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor?

nein ja, welche? _____

Kindergarten- Schulbesuch

Krabbelgruppe Tagesmutter Kindergarten Integrationskindergarten

andere: _____

Besuch im Alter von _____ bis _____ Jahren.

Welche Schulform besucht das Kind zurzeit? _____ Klasse: _____

Anschrift

zuständiger Lehrer

Schulbesuch

regelrecht Schulwechsel Abbruch zurück gestellt
 _____ x wiederholt suspendiert übersprungen

Anmerkungen des Arztes/ Therapeuten

Entwicklung

Schwangerschaft

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften _____

davon _____ Fehlgeburten _____ Totgeburten

Gab es darüber hinaus Schwangerschaftskomplikationen? (z. B. körperliche/ seelische Belastungen)

nein ja, welche? _____

Medikamenteneinnahme/ Alkohol/ Nikotin?

nein ja, welche? _____

Geburt (bitte ggf. dem gelben Vorsorgeheft entnehmen)

in der _____ Schwangerschaftswoche

spontan Kaiserschnitt Saugglocke Zange
Geburtsgewicht _____ Geburtslänge _____ Kopfumfang _____
Apgar: _____ / _____ / _____

Gab es Geburtskomplikationen?

nein ja, welche? _____

Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr (mehrere Antworten möglich)

Exzessives Schreien Ein-/ Durchschlafstörungen Fütter-/ Gedeihstörungen
 Blickkontakt vermeidend Körperkontakt vermeidend
 Auffallend störbar durch laute Geräusche
 Wenig Interesse an Umwelt

Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung

Sprachentwicklung

unauffällig Aussprachefehler geringer Wortschatz
 verzögert grammatikalische Auffälligkeit Sprachverständnisschwierigkeit

Motorik

unauffällig ungeschickt verzögert
 überaktiv unsicher

Krabbeln mit _____ Monaten

Laufen mit _____ Monaten

Händigkeit

links rechts wechselnd

Hand- Fingermotorik

ungeschickt, verkrampft wenig/ kein gestaltendes Malen/ Basteln

Sauberkeit

trocken am Tag seit _____ trocken in der Nacht seit _____

Nach Abschluss der Sauberkeitsentwicklung

Einnässen am Tag (wann) _____ Einnässen in der Nacht (wann) _____

Einkoten am Tag (wann) _____ Einkoten in der Nacht (wann) _____

Hörschwäche

nein ja, seit _____ HNO-/ Pädaudiologische Untersuchung ist erfolgt

Sonstige Betreuung

Haben Sie schon Hilfe in Anspruch genommen? (Mehrfachnennungen möglich)

Bitte geben Sie jeweils den Zeitraum „von - bis“ an, wann die Hilfe in Anspruch genommen wurde)

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Name

von - bis

Kinder- und Jugendpsychiater

Name

von - bis

Kinderarzt

Name

von - bis

Kinderneurologe

Name

von - bis

Ergotherapie

Name

von - bis

Krankengymnastik

Name

von - bis

Logopädie

Name

von - bis

(Bitte von den o. g. Institutionen jeweils den Bericht/ die Berichte mitbringen. Ggf. erhalten Sie die Berichte von Ihrem Kinderarzt)

Erziehungsberatungsstelle

Name

von - bis

Gesundheitsamt

Name

von - bis

Sozialamt

Name

von - bis

Jugendamt/ ASD

Name

von - bis

schulpsychologischer Dienst

Name

von - bis

Ich/ wir bestätigen, dass sich

Name, Vorname des Patienten

innerhalb des laufenden Quartals noch nicht in einer anderen sozialpsychiatrischen Praxis z. B. Kinder- und Jugendpsychiater, Kinderneurologen) oder Institutsambulanz in Behandlung begeben hat.

Datum, Unterschrift

Name der/ des Sorgeberechtigten
(in Druckbuchstaben)

***Deckblatt zur Versendung unserer
Unterlagen***

Praxisgemeinschaft
An der Münze 1
21335 Lüneburg

Zur telefonischen Absprache eines Termines erreichen Sie mich/ uns zwischen 9.00 Uhr - 17.00 Uhr
unter folgender Telefonnummer

**Merkzettel
(für Versicherte einer gesetzlichen Krankenversicherung)**

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Vorstellungstermin mit:

- Krankenversichertenkarte des Kindes
- Berichte von Vorbehandlern
(z. B. bei Ergotherapie, Lerntherapie, Frühförderung, Krankengymnastik, Logopädie und durchgeführte ambulante/ stationäre Maßnahmen im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich)
- gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
- 2 aktuelle Schulzeugnisse