

ausgefüllt am: von: Mutter Vater Andere

Vor- und Nachname des Kindes / Jugendlichen:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Geschlecht: männlich weiblich divers

Kind lebt bei:

(leiblichen Eltern, Mutter / Vater / Pflegefamilie / Wohngruppe / Sonstiges)

Anschrift / Telefon:

Kinder- / Hausarzt:

Aktuelle Schulart:

(Grundschule, Realschule, Gesamtschule, Gymnasium etc.)

Name / Anschrift der Schule:

Klasse / LehrerIn:

Geschwister	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
(Halb-/ Stiefgeschwister):				
Vorname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vorstellungsanlass

veranlasst durch:

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Steht / Stand Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

nein ja Wer ist für Sie zuständig?

Gab es bereits Hilfen, die durch das Jugendamt veranlasst wurden?

Mutter: (Leiblich-/ Pflege-/ Adoptivmutter)

Vor-/ Nachname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Telefon:		Email:	
Beruf:		Nationalität:	

Vater: (Leiblich-/ Pflege-/ Adoptivvater)

Vor-/ Nachname:		Geburtsdatum:	
Anschrift:			
Telefon:		Email:	
Beruf:		Nationalität:	

Sorgerecht: beide Eltern Mutter Vater Vormund

Lebenssituation: verheiratet zusammenlebend getrennt, geschieden

Umgangsregelung vorhanden?
(bei getrennt lebenden Eltern) nein ja, im Abstand von:

Freizeitverhalten und Familienalltag

Welche regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach:

Wieviele Stunden verbringt Ihr Kind im Durchschnitt täglich mit elektronischen Medien:

Vorbehandlungen

Gibt es Vorbehandlungen wie z. B. Frühförderung, Ergo-, Logo-, Lern- und Psychotherapie, SPZ, Kinder- u. Jugendpsychiatrie, Medikation etc.)

nein ja. Welche?

Dauer der Behandlung:	Alter (bei Beginn):
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Behandelnder Arzt/Therapeut:

Gibt / gab es eine Medikation?

nein ja. Welche?

Name und Dosierung des Medikaments:

Dauer / Häufigkeit der Einnahme:

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war das zu behandelnde Kind?

Gab es besondere Ereignisse, Belastungen, Komplikationen während der Schwangerschaft?
(ungeplante Schwangerschaft, Blutungen, vorzeitige Wehen, Todesfälle, Trennung, Umzug etc.)

Bestanden Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Alkohol, Drogen):

Verlauf / Komplikationen nach der Geburt:

Wurde Ihr Kind gestillt?

ja, bis zum ____ Lebensmonat.

nein

Frühkindliche Entwicklung

Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.):

Gab es Besonderheiten in der motorischen Entwicklung, Sauberkeitserziehung oder beim Sprechen?

nein

ja. Welche?

Verglichen mit anderen gleichaltrigen Kindern, beurteilen Sie die Entwicklung Ihres Kindes als:

gleich entwickelt

langsamer entwickelt

rascher entwickelt

Entwicklung verzögert

Kindergartenzeit

Besuchte / Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter (in Jahren): ____

nein, weil:

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (Trennungsängstlichkeit)?

nein

ja. Welche?

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern/ ErzieherInnen zurecht?
Gibt/ gab es Schwierigkeiten im Kindergarten?

nein

ja. Welche?

Schulische Entwicklung

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? Schuljahr: Alter:

Kam es zu Umschulungen? nein ja. Wann? (Klassenstufe)

Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?
 nein ja. Welche? (Rechnen, Lesen, Rechtschreibung)

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?
 nein ja. Welche?

Gibt es Auffälligkeiten im Sozialverhalten ihres Kindes in der Schule?
 nein ja. Welche?

Krankheiten und Allergien

Bestehen chronische Erkrankungen/ Allergien bei Ihrem Kind?
 nein ja. Welche?

Gab es Krankenhausaufenthalte/ Operationen?
 nein ja. Wann?

Nimmt Ihr Kind Medikamente?
 nein ja. Welche?

Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.) seelische oder körperliche Erkrankungen (z.B. Depressionen, Suchterkrankungen, Selbstmorde, Krebserkrankungen etc.)?
 nein ja. Welche?

Mutter:

Vater:

Belastende Lebensereignisse für das Kind

Gab / Gibt es belastende Ereignisse für das Kind ?
(z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, Gewalterfahrungen, Unfälle etc.)

nein ja. Welche?