

ausgefüllt am:

von:

☐

Mutter

☐

Vater

☐

Andere

Vor- und Nachname des Kindes / Jugendlichen:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Krankenkasse:

☐

gesetzlich

☐

privat

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

(Halb-/ Stiefgeschwister):

1

☐

2

☐

3

☐

4

☐

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

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

Welchen 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):	
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 oder Sauberkeitserziehung?

nein

ja. Welche?

Gab es Besonderheiten in der sprachlichen Entwicklung?

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 eine Krippe?

ja, Eintrittsalter (in Jahren): ____

nein, weil:

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)

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?

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?