





#### 4 Schwangerschaft und Geburt

|   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Auffälligkeiten in der Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>     |
|   | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, welche?         |
| während der Geburt?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>     |
|   | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, welche?         |
| nach der Geburt?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>     |
|   | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, welche?         |
| beim Kind?                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>     |
|   | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, welche?         |
| Die Geburt erfolgte                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | Rechtzeitig              | zu früh                  | zu spät                  |
|   |                          |                          | Wochen                   |
| Geburtsmodus                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>     |
|   | Spontan                  | Kaiserschnitt            | Sonstiges                |
| Geburtsmaße<br>siehe gelbes U-Heft      | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     | <input type="text"/>     |
|   | Gewicht in g             | Länge in cm              | Kopfumfang in cm         |
|   |                          |                          | Apgar (wenn bekannt)     |

#### 5 Frühkindliche Entwicklung / Kleinkindalter / Kindergartenzeit

Freies Laufen ab dem   Lebensmonat

Erste Worte ab dem   Lebensmonat

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen ab   Lebensjahr / Tagsüber   Lebensjahr / Nachts

Wer betreute das Kind überwiegend im 1. Lebensjahr?

Verhaltensauffälligkeiten bis zum 3. Lebensjahr

Betreuung in der KiTa oder im Kindergarten

Verhalten in der KiTa oder im Kindergarten

#### 6 Schulzeit

|   |                            |                          |
|---|----------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/>                                | <input type="text"/>       | <input type="text"/>     |
| Einschulung mit Lebensjahren                        | Schule / Schulart, Ort     |                          |
| <input type="text"/>                                | <input type="text"/>       | <input type="text"/>     |
| von   | bis                        | Schule / Schulart, Ort   |
| <input type="text"/>                                | <input type="text"/>       | <input type="text"/>     |
| von   | bis                        | Schule / Schulart, Ort   |
| Wurde eine Klasse wiederholt?                       | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|   | Ja                         | Nein                     |
|   | Wenn ja, welche und warum? |                          |
| Gibt es von der Lehrern berichtete Auffälligkeiten? | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
|   | Ja                         | Nein                     |
|   | Wenn ja, welche?           |                          |

**7 Körperliche Entwicklung**

**Kinderkrankheiten**

Bestehen schwerwiegende oder chronische Erkrankungen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Gab es stationäre Behandlungen oder Operationen?

Ja  Nein

Wenn ja, weshalb?

Hat Ihr Kind Allergien?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja  Nein

Wenn ja, welche und wieviel (Name und Dosierung)?

Raucht Ihr Kind?

Ja  Nein

Gab / Gibt es Hinweise auf Drogen- oder Alkoholmissbrauch?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

**8 Angaben zur aktuellen Lebenssituation des Kindes**

**Hobbies / Vereine / sonstige Freizeitaktivitäten**

Wie würden Sie den Kontakt Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben?

Lebte Ihr Kind außerhalb der Familie?

Ja  Nein

Wenn ja, wo und wie lange?

**9 Sonstiges**

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders? Welche Stärken und besonderen Interessen hat Ihr Kind?

Wie würden Sie das Temperament Ihres Kindes beschreiben?

Was haben Sie in der Vergangenheit bereits unternommen oder was hat nach Ihrer Einschätzung geholfen, dass sich die Verhaltensauffälligkeiten in der Vergangenheit zeitweise etwas besserten?

Welche Therapien haben Sie in der Vergangenheit schon hinsichtlich der Probleme Ihres Kindes veranlasst? Gab es bereits ambulante oder stationäre Therapien? z.B. Logopädie / Ergotherapie / Psychotherapie / Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik / Tagesklinik / Ambulanz / Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis

Befindet sich Ihr Kind derzeit in der Behandlung in einer der folgenden Institutionen oder Praxen:

|  |                          |                          |                      |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
|  | Ja                       | Nein                     |                      |
| Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ oder MEZ)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
|  | Ja                       | Nein                     |                      |
| Ambulanz einer Klinik oder Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
|  | Ja                       | Nein                     |                      |
| Gustav-Heinemann-Haus / Kinderneurologisches Zentrum                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
|  | Ja                       | Nein                     |                      |
| Kinder- und Jugendpsychiatrische Praxis / Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
|  | Ja                       | Nein                     | Wenn ja, bei wem?    |
| Besteht Kontakt zum Jugendamt?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |
|  | Ja                       | Nein                     |                      |

Unter welcher Nummer sind sie tagsüber telefonisch **wann** erreichbar?

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank!