

Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,  
liebe Patientin, lieber Patient,

die nachfolgende Erhebung Ihrer persönlichen Angaben sowie Ihrer Krankheitsgeschichte ist ausschließlich zu meinem persönlichen internen Gebrauch bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Was Sie nicht beantworten möchten oder können, übergehen Sie bitte. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Angaben zu Ihrer Person**

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	

**Angaben zum Kind**

Name, Vorname:	
Alter, Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Krankenversichert bei:	
Größe (in cm):	
Gewicht (in kg):	

Kindergarten/Schule:	
Kontaktperson:	
Adresse:	
Telefon:	

2. Wohnsitz des Kindes bei:	
Adresse:	
Telefon/E-Mail:	

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen:

Datum der 1. Vorstellung in meiner Praxis: \_\_\_\_\_

**Krankheitsgeschichte**

Frühere psychotherapeutische Therapien/Anlass der damaligen Therapie:

Hausarzt/Kinderarzt, Adresse:

<b>Hauptproblem in der jetzigen Situation, das zur Vorstellung in meiner Praxis Anlass gab:</b>
Das Problem ist zum ersten Mal aufgetreten/besteht seit:

**Entwicklungsgeschichte** (Bitte ankreuzen und/oder ergänzen)

**1. Schwangerschaftsverlauf**

- ohne Beschwerden  \_\_\_\_\_
- mit Beschwerden  \_\_\_\_\_
- mit körperlichen Komplikationen  \_\_\_\_\_
- War Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt geplant?  \_\_\_\_\_

**2. Geburtsverlauf**

- normal  \_\_\_\_\_
- mit Schwierigkeiten; welche  \_\_\_\_\_
- mit großen Schwierigkeiten; welche  \_\_\_\_\_
- In welcher Klinik entbunden: \_\_\_\_\_
- Geburtsgewicht (in g) u. -größe (in cm) \_\_\_\_\_

**3. Ernährung im 1 . Jahr**

- gestillt?
- wie abgestillt?
  - ohne Störung
  - mit Störung; welche?  \_\_\_\_\_

**4. Zur weiteren Entwicklung (soweit erinnerlich)**

In welchem Alter konnte ihr Kind

- frei sitzen: \_\_\_\_\_
- frei laufen: \_\_\_\_\_
- Worte (erste) sprechen: \_\_\_\_\_
- Sätze sprechen: \_\_\_\_\_

Hatte es in dieser Zeit Probleme? Welche?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In welchem Alter

- war Ihr Kind sauber: \_\_\_\_\_
- war Ihr Kind trocken: \_\_\_\_\_

Wann wurde mit der Sauberkeitsgewöhnung begonnen:

\_\_\_\_\_

Die Trotzphase war

- gering
- stark
- in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- nicht beobachtet

**5. Auffälligkeiten in der Entwicklung**

		nur früher/wann:	zur Zeit:
▪ ausgeprägtes Lutschen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Nägelkauen/-pulen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Zähneknirschen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Kopfwiegen und –schlagen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Haare drehen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Sprachschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Verstopfungen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Erschöpfungszustände	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Sonstige Auffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
▪ Menarche	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	seit: _____	

**6. Krankheiten** (Kinderkrankheiten, andere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Krampfanfälle)

Art der Krankheit	wann	ggf. in welcher Klinik

**7. Schulische Entwicklung**

Kindergartenbesuch

▪ Ja	<input type="checkbox"/>	von:	bis:
▪ Nein	<input type="checkbox"/>		
▪ Mein Kind ging gerne	<input type="checkbox"/>		
▪ Mein Kind ging <u>nicht</u> gerne	<input type="checkbox"/>	in den Kindergarten.	

### Einschulung

- Mein Kind hat sich gefreut  zur Schule zu
  - Mein Kind hat sich nicht gefreut  kommen.
  - Jahr: \_\_\_\_\_
  - Alter: \_\_\_\_\_
  - zurückgestellt:
  - Klassenwiederholung:  \_\_\_\_\_ Klasse
  - Umschulung:
- wohin: \_\_\_\_\_
- wann: \_\_\_\_\_

### 8. Familiäre Daten

#### Geschwister

Name	geboren	zur Zeit				
		Kindergarten	Schule	Ausbildung	Beruf	aus welcher Ehe?
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

#### Mutter

Geburtsdatum:		
Alter:		
erlernter Beruf:		
z. Zt. ausgeübter Beruf:		Wochenarbeitszeit: _____ Stunden
zufrieden mit jetziger Tätigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Vater

Geburtsdatum:		
Alter:		
erlernter Beruf:		
z. Zt. ausgeübter Beruf:		Wochenarbeitszeit: ____ Stunden
zufrieden mit jetziger Tätigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Datum der Eheschließung der leiblichen Eltern: \_\_\_\_\_

Lebensgemeinschaften: seit wann leben Sie als Partner zusammen: \_\_\_\_\_

Bitte vermerken Sie hier, wenn Ihre Familie sich verändert hat, z. B. eine zweite Ehe oder Halbgeschwister da sind:

Haben Sie und Ihr Kind einen (plötzlichen) Verlust eines Familienmitgliedes zu verkraften gehabt?

**9. Wohnsituation**

- Anzahl der jetzigen Räume: \_\_\_\_\_
- Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen: \_\_\_\_\_
- In welchem Raum schläft das Kind: \_\_\_\_\_
- Mit wem schläft das Kind zusammen: \_\_\_\_\_

Ist ein Garten, Hof, Spielplatz für das Kind erreichbar?      Ja       Nein

Wohnungswechsel:

wann: \_\_\_\_\_      wohin: \_\_\_\_\_

**10. Großeltern**

	Großmutter (väterlich)	Großvater (väterlich)
Alter:		
Beruf:		
Wohnort:		

Welches Verhältnis haben diese Großeltern zu Ihrer Familie?

	Großmutter (mütterlich)	Großvater (mütterlich)
Alter:		
Beruf:		
Wohnort:		

Welches Verhältnis haben diese Großeltern zu Ihrer Familie?

**11.**

**Welche akuten Sorgen führen Sie zu mir:**