

IV. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Vormund

Wohngruppe

KJND

Sonstiges

Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten

Anschrift

Telefon- und Mobilnummer

Emailadresse

Seit wann

V. Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)

(führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Körperliche oder psychische Probleme

1.

2.

3.

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? _____

Mit untenstehender Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass o.g. Angaben korrekt sind.
Bei gemeinsamer elterlicher Sorge: Hiermit versichere ich, dass ich die Einwilligung in die ambulante/stationäre Behandlung unseres Kindes mit Einverständnis des nicht anwesenden anderen Elternteils erkläre und dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

Hamburg,

Datum

Unterschrift der Mutter / des Vater

Name in Druckbuchstaben

VI. Vorgeschichte

1. Geburt

- a) Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre
- b) Geplante Schwangerschaft nein ja
- c) Kinderwunschbehandlung nein ja
- d) Schwangerschaftskomplikation nein ja, welche: _____
- e) Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?
 körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend
 psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

Die nächsten Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

- f) Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____
- g) Geburt in Schwangerschaftswoche: _____
- h) Apgar-Werte: ____/____/____
- i) Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt
 nein ja beim Kind: _____
 bei der Mutter: _____
- j) Geburtsmodus: Spontangeburt Zangengeburt Vakuumentraktion
 Geplanter Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt
- k) Dauer der Geburt: _____

2. Entwicklung im Kleinkindalter

- a) Meilensteine der Entwicklung
 - freies Sitzen mit _____ Monaten
 - Laufen mit _____ Monaten
 - Erste Worte mit _____ Monaten
 - Erste Sätze mit _____ Monaten
 - Tags trocken mit _____ Monaten
 - Nachts trocken mit _____ Monaten
- b) Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)
 nein ja, diese: _____

3. Spielverhalten

- a) Was spielt/unternimmt ihr Kind gerne? _____
- b) Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? nein ja
- c) Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen? nein ja
- d) Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? nein ja
- e) Kann ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen? nein ja

4. Verhalten und Emotionen

a) Was beobachten Sie bei Ihrem Kind? _____

5. Vorschulische Entwicklung

a) Besuch Krippe nein ja
 b) Besuch Kindergarten nein ja
 c) Besonderheiten: _____

 d) Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu anderen. Welche Stärken, welche Probleme gab es? _____

6. Schulische Entwicklung

a) Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____
 b) Schule / Schulart? _____
 c) Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum? _____
 d) Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit? _____
 e) Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)? _____

 f) Wie schätzen Sie die Lernaktivität Ihres Kindes ein? _____
 g) Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes? _____

 h) Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? _____

7. Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

8. Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes:

1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____

9. Schwerwiegende Ereignisse :

- a) Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld? nein ja, folgende: _____

VII. Körperliche Gesundheit

- 1) Körpermaße: derzeitige Körpergröße Ihres Kindes (bitte messen): _____
 derzeitiges Gewicht Ihres Kindes (bitte wiegen): _____

- 2) Vorerkrankungen: _____

- 3) Wurde Ihr Kind schon im Krankenhaus behandelt? nein ja
- | Krankenhaus | Alter | Grund der Behandlung |
|-------------|-------|----------------------|
|-------------|-------|----------------------|

1.

2.

- 4) Liegen Allergien vor? Welche: _____

XIII. Therapien/ Vorbehandlungen

- Logopädie Physiotherapie Ergotherapie Arzt ambulante Psychotherapie
 teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen
 Erziehungsberatungsstellen

Bitte bringen Sie ggf. Vorbefunde zum Erstgespräch mit.

Derzeit in Behandlung bei: _____

Werden Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Ab wann: _____

Grund der Verschreibung: _____

IX. Sonstiges:

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme)

Beim Patienten: _____

Innerhalb der Familie: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!