

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind in unserer Praxis angemeldet. Um die Gesprächszeit optimal für Ihr Anliegen nutzen zu können, bitten wir Sie, diesen **Fragebogen zur Anmeldung** (6 Seiten) **vorab auszufüllen und uns zukommen zu lassen**. Vielen Dank!

Datum	
Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von	
Vor- und Nachname des Kindes	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Wohnort mit PLZ (und Stadtteil, falls HH)	
Straße und Hausnummer	
Telefon privat	
Telefon beruflich	
Handynummer	
E-Mail Adresse Eltern	
Krankenversicherung	

Vorstellungsanlass

Gibt es aktuelle Schwierigkeiten, wenn ja, welche? (Stichworte)	
Seit wann bestehen diese Schwierigkeiten? (Stichworte)	
Wie stark fühlt sich Ihr Kind derzeit durch diese Schwierigkeiten belastet (Skala 1-10)?	
Wie stark fühlen Sie sich als Eltern derzeit durch das Problem belastet (Skala 1-10)?	
Was ist Ihr Wunsch / Auftrag an uns?	

Aktuelle Situation / Umfeld

Name des Kindergartens / der Schule und Stadtteil von Hamburg bzw. Standort (außerhalb Hamburgs)	
Aktuell besuchte Klasse und Schulart (z.B. Gymnasialzweig bei Gesamtschule)	
Schulleistungen (in Schulnoten - orientierend)	Lesen Schreiben Mathematik Sport Sonstige
Schulbesuch (regelrecht, Klassenwiederholung, Überspringen einer Klasse)	
Wie ist die Arbeitsorganisation in der Schule bzw. bei den Hausaufgaben?	
Sportliche Aktivitäten, wenn ja, welche und seit wann	
Instrumentalunterricht, wenn ja, welches und seit wann	
TV- Konsum pro Tag	
PC- Konsum pro Tag	
Sonstige Hobbies	
Werden Freundschaften gepflegt?	
Religionszugehörigkeit	
Was sind die Stärken Ihres Kindes?	

Eigenanamnese

Umstände in der Schwangerschaft (Komplikationen, Lebensumstände)	
Alter der Mutter bei der Geburt	
Geburtsverlauf (Dauer, Komplikationen)	
Geburtsgröße, Geburtsgewicht, APGAR-Werte (siehe gelbes Vorsorgeheft)	
Ist Ihr Kind gestillt worden? Wie lange?	
Säuglingsverhalten in den ersten Wochen	
Krabbeln	mit Monaten
Freies Laufen	mit Monaten

Tagsüber sauber / trocken	mit	Monaten	
Nachts trocken	mit	Monaten	
Ggfs. erneutes häufiges Einnässen	tagsüber / nachts mit	Monaten / Jahren -mal pro Woche	
		Dauer der längsten trockenen Phase Monate	
Sonstige Auffälligkeiten bei der Sauberkeitserziehung			
Erste Wörter	mit	Monaten	
Erste Sätze	mit	Monaten	
Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung			
Geräuschempfindlichkeit	ja	nein	
Taktile Empfindlichkeit (mochte nicht im Sand spielen, barfuss auf der Wiese gehen)	ja	nein	
Feinmotorische Entwicklung (Perlen auffädeln, Basteln, Schreiben)	geschickt	ungeschickt	
Grobmotorische Entwicklung (Schaukeln, Klettern, Rollerfahren)	geschickt	ungeschickt	
Händigkeit	rechts	links	nicht eindeutig
Fahrradfahren (ohne Stützräder)	mit	Jahren	
Schleife binden	mit	Jahren	
Schwimmen	mit	Jahren	
Erstes Lesen	mit	Jahren	
Erstes Schreiben	mit	Jahren	
Erstes Rechnen Lesen der analogen Uhr	mit mit	Jahren Jahren	
Besuch einer Tagesmutter, Krippe Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	mit	Jahren	
Besuch eines Kindergartens Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	mit	Jahren	
Besuch einer Vorschule Gab es Probleme? Wenn ja, welche?	mit	Jahren	
Einschulung (regelrecht, zurückgestellt, vorzeitig)	mit	Jahren	
Bisher besuchte Schulen (bitte mit Jahresangaben) und ggfs. Ort			
Gab es besondere Einflüsse, die für die Entwicklung Ihres Kindes wichtig waren (Trennung der Eltern, Umzüge, Krankheits- oder Todesfälle, langwieriger Hausbau, wirtschaftliche Sorgen der Eltern, Arbeitslosigkeit u.a.), wenn ja, wann?			

Medizinische Anamnese

Wurde schon einmal ein Hörtest gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?	ja	nein
Wurde schon einmal ein Sehtest gemacht? Wann? Mit welchem Ergebnis?	ja	nein
Gab oder gibt es Krampfanfälle?	ja	nein
Gibt es andere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, welche?	ja	nein
Krankenhausaufenthalte (Wann? Warum?)		
Medikamenteneinnahme (Wann? Welche?)		
Aktuelle Körpergröße und –gewicht	cm	kg
Name und Adresse des Kinderarztes /-ärztin		

Familienanamnese

	Mutter	Vater	Andere
Nachname, Titel			
Vorname			
Geburtsdatum			
Nationalität			
Religionszugehörigkeit			
Anschrift (falls von o. g. abweichend)			
Erziehungsberechtigt	ja nein	ja nein	ja nein
Höchster erreichter Schulabschluss Hochschule / Uni			
Erlerner Beruf			
Akt. Ausgeübter Beruf			
Wochenarbeitszeit (ca.)			
Körperliche Erkrankung			
Psychische Erkrankung			
Beziehungsstatus der leibl. Eltern	verheiratet / leben zusammen / getrennt / geschieden / nie zusammen gelebt		
Das Kind lebt bei	den leibl. Eltern / Andere:		

	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister	Geschwisterkind bzw. Halbgeschwister
Nachname			
Vorname			
Geburtsdatum			
Nationalität			
Religionszugehörigkeit			
Kindergarten Vor- /Schule			
Klasse			
Schulleistungen (ca.)			
Körperliche Erkrankung			
Psychische Erkrankung			
Problemverhalten, wenn ja, welches			

Wichtige Bemerkungen zur Familie

Bisherige Maßnahmen

Welche Ärzte, Therapeuten oder Beratungsinstitutionen (z.B. im Bereich Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals- Nasen-Ohrenheilkunde, Krankengymnastik, Ergotherapie, Erziehungsberatungsstellen, Logopädie, Lerntherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Krankenhäuser, Andere) sind bisher seit der Geburt aufgesucht worden? Wurden ev. testpsychologische Untersuchungen durchgeführt? Z.B. auch in der Schule (HSP?, CFT?) Welche Ergebnisse sind Ihnen bekannt?

Institution	Vorstellungs- bzw. Behandlungs- zeitraum von ... bis	Testpsychologische Untersuchung (z.B. Intelligenz, Konzentration, Lesen, Schreiben, Rechnen)	Testdatum	Testergebnis	Hat eine Behandlung stattgefunden, wenn ja, welche?