



ANMELDUNG ZUR FACHÄRZTLICHEN UNTERSUCHUNG

Sehr geehrte Eltern,

anbei finden Sie den Anmeldebogen zur Vorbereitung auf das erste Gespräch in unserer Praxis.

Bitte füllen Sie den Bogen so gut und ausführlich wie möglich aus, Unklarheiten können wir gemeinsam während der Erstvorstellung in der Praxis besprechen.

Wir bitten um Verständnis, dass wir auch unsere Honorarausfallvereinbarung beilegen, die Sie bitte ebenfalls unterzeichnet mit dem Fragebogen möglichst bald an uns zurücksenden.

Wenn beide Eltern das Sorgerecht haben, ist es wichtig, dass auch beide Eltern unterschreiben!

Zum Erstvorstellungstermin mitzubringen oder der Anmeldung in Kopie bereits beizufügen sind Mutterpass, Vorsorgeuntersuchungsheft, alle Schulzeugnisse sowie medizinische und psychologische Vorbefunde.

Vielen Dank für Ihre Mühe.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxis Team



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Name des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Mobil Vater: _____ Mobil Mutter: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse des Kindes: _____

Bei wem ist Ihr Kind mitversichert? Mutter Vater selbst

Name des Mitversicherten: _____

Geburtsdatum des Mitversicherten: _____

Kinderarzt (Name + Adresse): _____

1. VORSTELLUNGSANLASS

Vorstellungsanlass und aktuelle Symptomatik, Grund der aktuellen fachärztlichen Untersuchung:

Seit wann bestehen diese Störungen/Symptome? _____

Welche Hilfe erwarten Sie? Auf wessen Empfehlung hin haben Sie sich bei uns angemeldet?

Bestehen Kontakte zum Jugendamt oder ASD (Allg. Sozialdienst)? JA Nein

Wenn ja, welche?



2. EIGENANAMNESE

2.1. Schwangerschaft

Blutungen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Infektionen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Schweres Erbrechen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Unfälle, Operationen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Seelische Belastungen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Vorzeitige Wehen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Medikamente	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?		

Alkoholkonsum	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Zigarettenkonsum	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Andere Drogen	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?	JA <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Wenn nein, wie viele Tage/Wochen früher/später? _____

2.2 GEBURT

Gab es bei der Geburt Komplikationen? _____

Geburtsgewicht? _____ gr

Geburtsgröße? _____ cm

Kopfumfang? _____ cm

Apgarwerte im gelben U-Heft? _____

2.3 ZUR NEUGEBORENEENZEIT

Klinikaufenthalt notwendig JA Nein
wenn ja, wo? _____

Sonstige Erkrankungen? JA Nein
Wenn ja, welche? _____

Sonstige Verhaltensauffälligkeiten? JA Nein
z.B. Schlafschwierigkeiten, viel Schreien, Fütterprobleme etc.



2.4 ENTWICKLUNG DES KINDES

Motorisch

Selbstständiges Sitzen mit _____ Monaten
Krabbeln mit _____ Monaten
Selbstständiges Gehen mit _____ Monaten

Sprache

Erstes Wort mit _____ Monaten
Zwei-Wort-Sätze mit _____ Monaten
Drei-Wort-Sätze mit _____ Monaten

Welche Sprachen werden Zuhause gesprochen? _____

Muttersprache? _____

Tagsüber trocken mit _____ Jahren

Nachts trocken mit _____ Jahren

Tagsüber sauber mit _____ Jahren

Nachts sauber mit _____ Jahren

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung, z.b. Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen:

2.5 KRIPPENBESUCH

Krippenbesuch JA Nein

Fremdbetreuung in den ersten 3 Lebensjahren JA Nein

Durch wen wurde das Kind in den ersten 3 Lebensjahren außer den Eltern noch betreut?

2.6 KINDERGARTEN

Das Kind besucht den Kindergarten vom: _____ bis zum _____ Lebensjahr.

War dies ein Regelkindergarten? JA Nein

Welcher? _____

Probleme im Kindergarten? JA Nein

Welche? _____



2.7 SCHULZEIT

Das Kind wurde im Jahre _____ mit _____ Jahren eingeschult.

Schule: _____

Wurde das Kind von der Einschulung zurückgestellt? JA Nein

Hat das Kind eine schulvorbereitende Einrichtung besucht? JA Nein

Welche? _____

Welche Schulwechsel hat das Kind bereits mitgemacht? _____

Wurden Schulklassen wiederholt? JA Nein

Welche? _____

Bitte aktuellen Ansprechpartner in der Schule sowie die aktuelle Schule angeben:

2.8. SOMATISCHE ANAMNESE

Gab es in der Vorgeschichte bei dem Kind besondere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Anfallsleiden? JA Nein

Wenn ja, welche? Bitte mit Jahreszahl angeben:

Hat das Kind spezielle Förderungen bereits erhalten?

Krankengymnastik nach Bobath JA Nein

Krankengymnastik nach Vojta JA Nein

Pädagogische Frühförderung JA Nein

Ergotherapie JA Nein

Logopädie JA Nein

Heilpädagogik JA Nein

Falls eine speziellere Förderung statt gefunden hat, bitte den jeweils behandelnden Therapeuten mit Adresse und Telefonnummer angeben:

Befindet sich da Kind aktuell in einer speziellen Förderung/Betreuung/Therapie/Beratungsstelle?



2.9 FAMILIENANAMNESE

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der **Mutter**:

Name, Geburtsdatum, Beruf und Nationalität der **Vaters**:

Familienstand der leiblichen Eltern:

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Schultyp/Schulklasse: _____

Geschwister des Kindes:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Schultyp/Schulklasse: _____



3. ERKRANKUNGEN

Bestehen **chronische** Erkrankungen bei den
Geschwistern/Eltern oder nahen Verwandten?

JA

Nein

Wenn ja, welche? Bitte Art und Betroffenen angeben:

Bestehen **psychiatrische** Erkrankungen bei den
Geschwistern/Eltern oder nahen Verwandten?

JA

Nein

Wenn ja, welche? Bitte Art und Betroffenen angeben:
