

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. U. Görtz - Dr. med. M. Kimmig - Fr. Dr. med. Elsesser-Glaab

Fachärzte für Kinder - u. Jugendmedizin – Sportmedizin

Elisabeth Wild

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Großbottwarer Str. 47
71720 Oberstenfeld
Telefon (07062) 3055
Fax (07062) 23463
www.kinder-jugendarzt.net
rezept@kinder-jugendarzt.info

Sehr geehrte Familie,

bitte bringen Sie den folgenden Fragebogen ausgefüllt zum Termin mit. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der Schweigepflicht und sind freiwillig.

Aus rechtlichen Gründen kann eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes nur mit schriftlicher Einwilligung der Sorgeberechtigten erfolgen. Bei geteiltem Sorgerecht ist somit die Unterschrift beider Sorgeberechtigten notwendig.

Ich bin alleine sorgeberechtigt und mit der Vorstellung/Behandlung einverstanden

_____	_____	_____
Datum	Name	Unterschrift

Wir sind mit der Vorstellung/Behandlung einverstanden

1. Sorgeberechtigter: _____

_____	_____	_____
Datum	Name	Unterschrift

2. Sorgeberechtigter: _____

_____	_____	_____
Datum	Name	Unterschrift

Krankenkasse: _____

Versichertennummer (Kind) _____

Überweisender Arzt/Praxissitz _____

Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

E. Wild

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie



Name des Kindes:.....
geb. am:..... in:.....
Wohnort/PLZ/Einrichtung:.....
Straße:..... Tel.;Fax:.....
Schul-/Kindergartenname:.....
Staatsangehörigkeit:.....

Name der Mutter:.....
Geburtsname:.....
geb. am:..... in:

Anschrift /Telefon (wenn von der des Kindes abweichend):.....
.....

Schulabschluss:.....
Beruf:..... Jetzige Tätigkeit:.....

Name des Vaters:.....
Geburtsname:.....
geb. am:..... in:

Anschrift /Telefon (wenn von der des Kindes abweichend):.....
.....Sc

hulabschluss:.....
Beruf:..... Jetzige Tätigkeit:.....

Eltern: leben zusammen getrennt/geschieden durch Tod getrennt
nie zusammen gelebt

Bei Trennung/ Scheidung Name des/der jetzigen Lebenspartner(in):.....
.....

geb. am:..... in:.....

Anschrift /Telefon (wenn von der des Kindes abweichend):.....
.....Sc

hulabschluss:.....
Beruf:..... Jetzige Tätigkeit:.....



Geschwister (Name, Geburtsdatum):

.....
.....
.....
.....

Entwicklung des Kindes:

Komplikationen/Risikofaktoren

- im Schwangerschaftsverlauf:.....
- im Geburtsverlauf:.....
- in der Zeit nach der Geburt:.....

Beginn des Laufens in Alter von:.....

Erste zielgerichtete Worte im Alter von:.....

Trocken im Alter von:.....

Schwere Krankheiten während der Kindheit:.....

Verhalten im Kindergarten/Schule/anderer Einrichtung:.....

.....

Einschulung: zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt

Kindergarten/Schulart:.....Klasse:.....

Schulabschluss des Kindes:.....Klassenlehrer(in)/Tel.:.....

Beratungslehrer(in)/Tel.:.....

Wer hat die Vorstellung angeregt?

.....
.....
.....

Überweisende/r Arzt/Ärztin:

.....
.....



Grund der Vorstellung: Welche Sorgen und Probleme haben Sie mit Ihrem Kind, seit wann?

.....
.....
.....
.....

Was denken Sie macht Ihrem Kind die größten Sorgen?.....

.....

Welche Maßnahmen haben Sie diesbezüglich und zu welchem Zeitpunkt veranlasst?

.....
.....
.....
.....
.....

Bisherige Medikation:.....

Angenehme und positive Eigenschaften Ihres Kindes:

.....
.....
.....
.....

Unter welchen Umständen und wo kann es diese besonders gut zeigen?.....

.....

Wann, wo und bei wem fühlt sich Ihr Kind entspannt und wohl?.....

.....

Wie drückt Ihr Kind Freude und Zufriedenheit aus?.....

.....

Wann und wie bittet Ihr Kind Sie um Hilfe, um ein Problem zu lösen?.....

.....

Erkrankungen in der Familie:

.....
.....

