



ANAMNESEFRAGEBOGEN

Vorstellungsdatum: _____ Termin bei: _____

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von: Mutter Vater andere

KIND / JUGENDLICHER

Vor- und Nachname des Kindes:

Geschlecht männlich weiblich _____

Geburtsdatum

Geburtsort

Kind lebt bei

<input type="checkbox"/> Leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern
<input type="checkbox"/> Leiblicher Mutter	<input type="checkbox"/> Wohngruppe
<input type="checkbox"/> Leiblichem Vater	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern
<input type="checkbox"/> _____	

Aktuelle Schularart (Grundschule,
Gemeinschaftsschule, etc.):

Name und Anschrift der Schule:

Klasse:

Tel.:

KlassenlehrerIn:

VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

Vorstellung veranlasst durch:

Eltern Kinderarzt/Hausarzt: _____ Therapeut: _____
 Schule Kindergarten _____

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Wann traten die bestehenden Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

Ziel der Vorstellung:

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES

VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT	Wievielte Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> __
	Falls Anzahl von Geschwistern von Anzahl Schwangerschaften abweicht: Welche Probleme sind aufgetreten?
	Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle von Angehörigen, Trennung, Umzug, etc.):
	Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.):
	Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Rauchen: Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum: Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Drogenkonsum: Wenn ja, welche Drogen und wie viel?
GEBURT	Schwangerschaftswoche der Entbindung:
	Alter der Mutter bei Geburt:
	Verlauf / Komplikationen während der Geburt:
	Geburtsgewicht: <input type="text"/> Körpergröße: <input type="text"/> Kopfumfang <input type="text"/> APGAR: <input type="text"/> NapH: <input type="text"/>
VERLAUF NACH DER GEBURT	Komplikationen nach der Geburt:
	Wurde ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum <input type="text"/> <input type="text"/> Lebensmonat

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.):

Motorische Entwicklung des Kindes

ALTER IN MONATEN	Alleine sitzen	Alleine stehen	Frei laufen
	Sprachliche Entwicklung des Kindes		
	Erste Worte sprechen	Einfache Sätze bilden	
	Sauberkeitsentwicklung des Kindes		
	Trocken / sauber tagsüber	Trocken / sauber nachts	Rückfälle

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche?

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

normal / gleich schnell entwickelt langsamer entwickelt rascher entwickelt

KITA-/KINDERGARTENZEIT

Besucht/besuchte Ihr Kind eine Kindertagesstätte (U-3)

ja, Eintrittsalter: Jahre Monate

nein

Gab es Auffälligkeiten?

ja, welche _____

nein

Besucht / besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter: Jahre Monate

nein, weil:

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (z.B. Trennungsängstlichkeit)?

nein ja, welche:

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?

überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes:

zufrieden meistens zufrieden selten zufrieden unzufrieden

Noten des letzten Zeugnisses/Halbjahresinformation:

Mathe: Deutsch: Englisch:

Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

nein ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

nein ja, welche, wann:

BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND

Bitte beschreiben (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.)

Trennungserfahrungen: _____ wann:

Scheidung der Eltern: _____ wann:

Tod (wichtiger Bezugsperson): _____ wann:

Geburt von Geschwistern _____ wann:

Unfall: _____ wann:

_____ wann:

FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG

Wie häufig...	Jeden Tag	Etwa 3 - 5 Mal pro Woche	Etwa 1 - 2 Mal pro Woche	Seltener	Nie
...trifft sich Ihr Kind mit anderen Kindern (außerhalb der Schulzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich? Am Tag: In der Nacht:

Wie lange braucht Ihr Kind um einzuschlafen?
 10-30min
 30-60min
 60-90min
 90 -120min

Wacht Ihr Kind häufig nachts auf?
 nein ja, wie oft:
 weshalb (z.B. Alpträume, unruhiger Schlaf, etc.):

Wie reagieren Sie dann als Eltern?

FAMILIE

	<input type="checkbox"/> Leibliche Mutter <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Leiblicher Vater <input type="checkbox"/> Adoptivvater <input type="checkbox"/> Pflegevater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Handy		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitsumfang h/Woche		
Höchster allgemeinbildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____

Höchster beruflicher Abschluss	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____
Berufliche Stellung (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten)	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> Landwirtin im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildende, Praktikantin, Volontärin <input type="checkbox"/> Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Landwirt im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildender, Praktikant, Volontär <input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen
Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

LEBENSITUATION DER ELTERN		
<input type="checkbox"/> zusammen lebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____	<input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation: _____	
FÜR GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE		
	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		
Zusammenlebend seit		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitsumfang: h/Woche		
Höchster allgemein- bildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____
Höchster beruflicher Abschluss	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung	<input type="checkbox"/> kein Abschluss, noch in beruflicher Ausbildung, z.B. Student/in, AZUBI, Berufsvorbereitungsjahr, Praktikant/in <input type="checkbox"/> kein Berufsabschluss und nicht in Ausbildung <input type="checkbox"/> Lehre, also beruflich-betriebliche Ausbildung <input type="checkbox"/> Ausbildung an Berufsfachschule, Handelsschule, also beruflich-schulische Ausbildung <input type="checkbox"/> Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule,

	<input type="checkbox"/> Fachschule, z.B. Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	Berufs- oder Fachakademie <input type="checkbox"/> Fachhochschule, Ingenieurschule <input type="checkbox"/> Universität oder Hochschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____
Erwerbstätigkeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____	<input type="checkbox"/> Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> geringfügig erwerbstätig <input type="checkbox"/> nicht erwerbstätig <input type="checkbox"/> in Rente/ in Frührente seit: _____
Berufliche Stellung (falls derzeit nicht/ nicht mehr berufstätig: berufliche Stellung, die Sie zuletzt innehatten)	<input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Arbeiterin <input type="checkbox"/> Beamtin <input type="checkbox"/> Landwirtin im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfende Familienangehörige (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildende, Praktikantin, Volontärin <input type="checkbox"/> Freiwillige Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistende <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen	<input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Arbeiter <input type="checkbox"/> Beamter <input type="checkbox"/> Landwirt im Haupterwerb <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig ohne Mitarbeiter <input type="checkbox"/> selbstständig erwerbstätig mit Mitarbeitern <input type="checkbox"/> Mithelfender Familienangehöriger (unbezahlt) <input type="checkbox"/> Auszubildender, Praktikant, Volontär <input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienst- oder Bundesfreiwilligendienstleistender <input type="checkbox"/> Freiwilliges soziales/ ökologisches/ kulturelles Jahr <input type="checkbox"/> noch nie erwerbstätig gewesen
Evtl. Führungsaufgaben im Beruf/ Weisungsbefugnis gegenüber Mitarbeiter/innen, die keine Auszubildenden sind	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, als Führungskraft (mit Entscheidungsbefugnis über Personal, Budget und Strategie) <input type="checkbox"/> ja, als Aufsichtskraft (Anleiten und Beaufsichtigen von Personal, Verteilen und Kontrollieren von Arbeit) <input type="checkbox"/> nein
Höchster allgemein- bildender Schulabschluss	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____	<input type="checkbox"/> noch keinen Abschluss/ noch Schüler <input type="checkbox"/> Abschluss nach höchstens 7 Jahren Schulbesuch <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschule <input type="checkbox"/> Realschule/ Mittlere Reife/ Mittlerer Schulabschluss (MSA)/ Polytechnische Oberschule <input type="checkbox"/> Abitur, allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife, erweiterte Oberschule (EOS), Fachhochschulreife/ Fachoberschule <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss (z.B. im Ausland erworben): _____

UMGANGSREGELUNG (BEI GETRENNT LEBENDEN ELTERNPAAREN)

Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil.

Wie häufig?

Es besteht **kein** Kontakt mit dem leiblichen Vater / der leiblichen Mutter.

Seit wann und warum?

Umgangsregelung entstanden durch

Eltern untereinander / einvernehmlich

Beratungsstelle

Jugendamt

Gericht

Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?

sehr zufrieden

zufrieden

unzufrieden

Andere Wohn-/Lebenssituation:

Lebt bei den Großeltern

Hauptansprechpartner: _____

Lebt in Wohngruppe

GESCHWISTER

	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
Beziehung	<input type="checkbox"/> Voll-geschwister <input type="checkbox"/> Halb-geschwister <input type="checkbox"/> Stief-geschwister	<input type="checkbox"/> Voll-geschwister <input type="checkbox"/> Halb-geschwister <input type="checkbox"/> Stief-geschwister	<input type="checkbox"/> Voll-geschwister <input type="checkbox"/> Halb-geschwister <input type="checkbox"/> Stief-geschwister	<input type="checkbox"/> Voll-geschwister <input type="checkbox"/> Halb-geschwister <input type="checkbox"/> Stief-geschwister	<input type="checkbox"/> Voll-geschwister <input type="checkbox"/> Halb-geschwister <input type="checkbox"/> Stief-geschwister
Falls Halbgeschwister/ Stiefgeschwister	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits	<input type="checkbox"/> mütterlicherseits <input type="checkbox"/> väterlicherseits
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
Ausbildung / Beruf					
Gibt es Probleme, Auf-fälligkeiten, oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?	Körperlich Psychisch/ Verhalten	Körperlich Psychisch/ Verhalten	Körperlich Psychisch/ Verhalten	Körperlich Psychisch/ Verhalten	Körperlich Psychisch/ Verhalten
Lebt mit dem Kind/Jugendlichen im gleichen Haus-halt (ja/nein)					

Art der Behandlung <small>(Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/ bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)</small>	Alter (bei Beginn)	Dauer (Monate und figkeit/ Anzahl der Kontakte)	wo/Was konkret?
Kinderpsychiatrische Behandlung			
Teilstationäre Psychotherapie (Tagesklinik)			
Stationäre Psychotherapie			
Ambulante Krisenintervention/Notfallvorstellung			
Stationäre Krisenintervention			
Medikation			Medikation: Dosierung:
Sonstiges			
Bisherige Diagnosen (sofern bekannt):			
JUGENDAMT			
Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Wenn ja, welches Jugendamt war/ist zuständig? <input type="checkbox"/> Tübingen <input type="checkbox"/> Reutlingen <input type="checkbox"/> _____ Zuständiger Ansprechpartner Name: _____ Telefonnummer: _____			
Art, der Hilfen durch das Jugendamt: <input type="checkbox"/> Beratung <input type="checkbox"/> aufsuchende Familienhilfe (SPFH) <input type="checkbox"/> Erziehungsbeistandschaft (EZB) <input type="checkbox"/> Intensive Einzelfallhilfe <input type="checkbox"/> Familientherapie <input type="checkbox"/> Tagesgruppe <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____		Beginn und Umfang (pro Woche) der Hilfe <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen oder länger?

nein

ja

Sollte für Ihr Kind ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt in unserer Klinik vorgesehen sein, bitten wir Sie, vor der Aufnahme mit Ihrem Kinderarzt den Impfpass durchzusehen. Sollten aktuell Impfungen anstehen, lassen Sie diese umgehend vornehmen. Bringen Sie den Impfpass zum Vorgespräch bitte mit.

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

Falls Sie möchten, können Sie hier aufführen, mit welchen Erwartungen Sie zu uns kommen:

Vielen Dank!