

An die
Psychologische Praxis
Dipl. Psych. W. Sutor
Lessingstrasse 24
66121 Saarbrücken

Anmeldebogen

*Liebe Eltern,
mit dem Anmeldebogen sollen erste wichtige Anhaltspunkte zu dem bestehenden Problem erfasst werden. Bitte füllen Sie den Bogen gewissenhaft und sorgfältig aus und schicken Sie ihn an uns zurück. Sie erhalten dann möglichst bald einen ersten Vorstellungstermin. Danach ergeben sich meist schon erste Hinweise zum weiteren Vorgehen.*

1. Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____

Anschrift: _____

_____ Tel.: _____

Handy: _____ E-m@il: _____

Haus- oder Kinderarzt: _____

Anschrift und Telefon (falls zur Hand):

_____ Tel.: _____

Krankenkasse: _____

versichert über (Vater, Mutter):

Wurde mit dem Kind/Jugendlichen wegen des jetzigen oder anderer Probleme schon einmal eine andere Stelle aufgesucht? (Erziehungsberatung, Arzt, Heilpraktiker, Psycholog. Praxis, Klinik, o.ä.) Wenn ja, wann, wo und weswegen?

2. Bitte schildern Sie kurz den jetzigen Vorstellungsgrund:

3. Angaben zur Familie des Kindes/Jugendlichen:

a) zur Mutter:

evtl. Stiefmutter:

Name: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Arbeitszeiten: _____

Besonderheiten in der Familie der Mutter (Erkrankungen, Unfälle, sonstiges):

b) zum Vater:

evtl. Stiefvater:

Name: _____

geb. am: _____

Beruf: _____

Arbeitszeiten: _____

Besonderheiten in der Familie des Vaters (Erkrankungen, Unfälle, sonstiges):

e) Familiensituation:

Die Eltern leben zusammen / verheiratet / geschieden / verwitwet?

Das Kind lebt zusammen mit: _____

Sorgeberechtigt ist / sind: _____

Daten der Eheschließung/ggf. der Trennung: _____

Von welchen Personen wird das Kind überwiegend betreut?

Ist das Kind adoptiert / in Pflege / Heimkind? _____

f) Geschwister:

Name:

Alter:

wohnt wo?

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Sind besonderen Verhaltensauffälligkeiten bei den Geschwistern aufgetreten? Bei wem? Welche? Wann? _____

4. Wohnsituation:

Wohnen Sie zur Miete / im eigenen Haus / im Haus der Großeltern?

5. Wie würden Sie Ihren Lebensstandard einschätzen?

schlecht / ausreichend / zufriedenstellend / hoch

6. Wie würden Sie Ihre finanzielle Situation einschätzen?

schlecht / ausreichend / zufriedenstellend / gut

7. Die lebensgeschichtliche Entwicklung Ihres Kindes:

a) Schwangerschaft

Bitte unterstreichen Sie welche Beschwerden in der Schwangerschaft aufgetreten sind: Erbrechen / Blutungen / Röteln / Fieber / Toxoplasmose / Diabetes/ andere

Mussten Sie Medikamente einnehmen? Wenn Ja, welche und wie lange?

Wie viele Zigaretten haben Sie in der Schwangerschaft geraucht? _____

Sonstige besonderen Vorkommnisse/Ereignisse in der Schwangerschaft? Welche und wann? _____

b) Geburt:

Handelte es sich um eine Geburt vor / zu / nach dem erwarteten Termin? _____

Anzahl der Wochen _____ Hausgeburt? _____

Dauer der Geburt: _____ Gewicht: _____ Größe: _____ Lage

des Kindes: Kopflage / Steißlage / sonstiges: _____ War

die Entbindung normal / kompliziert / Zangengeburt / Kaiserschnitt /

Nabelschnurumschlingung / sonstiges: _____

Wann setzte die Atmung ein: sofort / nach _____ Minuten

Hautfarbe des Kindes nach der Geburt: rosig / blau / blass / unbekannt

Musste das Kind nach der Geburt künstlich beatmet werden / ins Wärmebett /

Brutkasten / Blutaustausch bekommen / noch längere Zeit im Krankenhaus

verbringen mit / ohne Mutter _____

c) Die ersten Wochen und Monate:

Wurde das Kind gestillt? _____ Wochen / Monate

Lag eine Trinkschwäche vor? _____. Haben Sie Krämpfe beobachtet? Nach dem Stillen / Fieberkrämpfe / Zahnkrämpfe / sonstige: _____

Musste das Kind in eine Klinik? _____ mit _____ Wochen / Monaten für _____ Tage / Wochen. Mit / ohne die Mutter?

Anlass: _____

d) Die frühe Entwicklung:

Wann konnte das Kind...

... alleine Sitzen, mit ca. _____ Monaten

... alleine Gehen, mit ca. _____ Monaten

... erste Worte, mit ca. _____ Monaten

Haben Sie Sprachschwierigkeiten/-störungen festgestellt? Lispeln / Stottern / Blockaden / sonstige _____

Wann war das Kind...

... tagsüber trocken, mit ca. _____ Monaten

... tags und nachts trocken, mit ca. _____ Monaten

... sauber (Stuhlgang auf der Toilette), mit ca. _____ Monaten

e) An welche Kinderkrankheiten erinnern Sie sich noch?

Masern / Mumps / Keuchhusten / Röteln / Scharlach / Windpocken / Diphtherie / Sonstige: _____

f) Hat(te) das Kind Allergie(n)? Wenn ja, welche: _____

g) Anzahl der Krankenhausaufenthalte insgesamt (Alter, Anlass und Dauer) :

h) Besuchte das Kind den Kindergarten? _____ Gab es Probleme im Kindergarten? Welche? _____

i) Welche Schule besucht das Kind? _____

Klasse: _____ Klassenlehrer(in): _____ ggfs.

Tel.: _____ Bestehen Schulschwierigkeiten in bestimmten Fächern?

Welche? _____

8. Besondere Beobachtungen bei Ihrem Kind:

a) Ess-Störung / Schlafstörung / Einnässen / Einkoten / Ängste / Aggressionen / Stottern / Nägelkauen / Haare Reißen / andere _____

b) Auffälligkeiten im Verhalten in der Schule? Im Verhalten zu Klassenkameraden? Zu Lehrern? _____

c) Auffälligkeiten in der Familie? Konflikte mit Geschwistern? Mit überwiegend einem Elternteil? Eifersüchteleien? Diebstähle innerhalb der Familie? Anderes?

9. Sonstiges:

Welche Erwartungen knüpfen Sie an eine Vorstellung/Behandlung des Kindes?

Wer oder was hat Ihrer Meinung nach die bestehende Problematik maßgeblich verursacht?

Sind Sie ggfs. - in Absprache mit Ihnen - mit einer Kontaktaufnahme mit einem behandelnden Arzt/Kinderarzt/ Klassenlehrer einverstanden?

Wer hat den Bogen ausgefüllt? _____

Durch wen wurden Sie auf uns aufmerksam gemacht?

19.11.2006

Datum

Unterschrift des Erziehungs-/Sorgeberechtigten

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass evtl. Wartezeiten entstehen können und bitten diese zu entschuldigen. Sie werden schnellstmöglich zu einem ersten Gespräch – in der Regel zuerst nur die Eltern – eingeladen. Dazu bringen Sie bitte die Krankenversicherungskarte ihres Kindes und ggfs. Arztberichte/Vorbefunde mit.