

Freies Sitzen mit (Monaten, Jahren):.....Krabbeln mit:.....
 Freies Laufen mit:.....Tagsüber sauber mit:.....
 Nachts sauber mit:.....Erste Worte mit:.....
 Erste Sätze mit:.....
 Wurde Ihr Kind bereits psychologisch/psychiatrisch untersucht bzw. behandelt?.....
Wenn ja, bitte Adresse angeben:.....
 Wurde bzw. wird eine Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Lerntherapie durchgeführt?.....
Wenn ja, bitte Adresse angeben:.....

4) Werdegang Ihres Kindes

Wird/Wurde Ihr Kind durch eine andere Person (Großeltern, Tagesmutter o. a.) betreut?

 Welchen Kindergarten besucht/e Ihr Kind?.....
 Ab welchem Alter?.....

5) Besondere Krankheiten innerhalb der Familie?

(Eltern, Geschwister, Großeltern, etc.)

6) Gab es in der Vergangenheit belastende Ereignisse?

Umzüge, Verlust einer Bezugsperson, sonstiges:.....

7) Gibt es belastende Lebensumstände in der Familie?

Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, Krankheit, Süchte, sonstiges.....

8) Gibt es entlastende Personen im Familien-/ Freundeskreis?

.....

9) Schildern Sie bitte kurz positiv erlebte Situationen mit Ihrem Kind bzw. die positiven Seiten Ihres Kindes.

.....

10) Findet zum Zeitpunkt der Erstvorstellung eine Behandlung in einem sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ), einer kinderpsychiatrischen Klinik-Ambulanz oder einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis statt?

Ja Nein
 wenn ja – wo.....
 und ggf. wann beendet.....

Hiermit bestätigen wir den Termin zur Erstvorstellung am _____, um _____ Uhr;
 wir sind mit der Vorstellung und Behandlung einverstanden.

Bitte kommen Sie ca. 10 Minuten früher. Vielen Dank.

Hiermit willigen wir/willige ich in die Kontaktaufnahme per: Telefon Email SMS (z. B. auch zur Terminbestätigung) ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift **beider** Sorgerechtsberechtigten

(*) freiwillige Angabe