

Françoise Thierfelder
Fachärztin für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie

Dorotheenstr.137 22299 Hamburg T.040-63675588 F.040-636 755 89 www.kjp-kunst.net ft@kjp-kunst.de

ANMELDUNG für

Vorname	Nachname		
<hr/>			
geb. am	Adresse: Strasse, Nr.	Postleitzahl	Ort

Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig. Sollten Sie zu einigen Punkten keine Angaben machen wollen, dann füllen Sie bitte die Felder mit k.A. (keine Angabe) aus, anstatt Felder freizulassen. Wir können dann im persönlichen Gespräch darauf zurückkommen.

Geschlecht weiblich männlich Geburtsort: _____

Behandelnder Kinder-/Hausarzt: _____

Waren Sie bereits mit Ihrem Kind oder einem der Geschwister hier in Behandlung?

Nein Ja, mit Name: _____

Vorstellungsgrund und Vorstellungsanlass:

Warum wünschen Sie ein Erstgespräch?

Welche Beschwerden, Bedenken, Probleme gibt es? (ggf. Rückseite verwenden). Wer hat den größten Leidendruck?

Seit wann bestehen die Beschwerden? Erinnern Sie einen plötzlichen oder allmählichen Beginn? Gibt es für Sie eine Auslöse-Situation?

Welches Gefühl macht Ihrem Kind am meisten zu schaffen oder beeinträchtigt die Lebensqualität Ihres Kindes oder der Familie am meisten?

Zutreffendes bitte einkreisen:

Angst/Panikattacken -- Trauer/Traurigkeit -- Wut, Zorn -- Hass -- Neid -- Ekel --- Übelkeit -- Scham -- Schuld -- Verachtung -- innere Anspannung/Unruhe -- abgestumpftes Erleben -- zwanghafte Handlungen --- Albträume/wiederkehrende Träume -- ständiges Grübeln/Wiederkehrende Gedanken

Sonstiges: _____

Was macht Ihr Kind bei Angst? Wie merken Sie, wenn Ihr Kind Angst hat?

Leibliche Mutter

Name und Vorname Geburtsdatum

Anschrift falls abweichend von Adresse des Kindes

Festnetz Telefon mobil Emailadresse Telefon

Staatsangehörigkeit Beruf Staats

Höchster (Hoch-)Schulabschluss Arbeitgeber

Derzeitige berufliche Situation: Zutreffendes bitte einkreisen:
ganztags erwerbstätig - teilzeitbeschäftigt - Schichtarbeit - Berentet - im Haushalt tätig - arbeitssuchend
in Ausbildung/Umschulung - Sonstige:

Beschreiben Sie kurz die gefühlsmäßige Beziehung des Kindes zur Mutter und falls nicht bei Mutter lebend, wieviel Kontakt besteht derzeit?:

Leiblicher Vater

Name und Vorname Geburtsdatum

Anschrift falls abweichend von Adresse des Kindes

Festnetz Telefon mobil Emailadresse Telefon

Staatsangehörigkeit Beruf Staats

Höchster (Hoch-)Schulabschluss Arbeitgeber

Derzeitige berufliche Situation: Zutreffendes bitte einkreisen:
ganztags erwerbstätig - teilzeitbeschäftigt - Schichtarbeit - Berentet - im Haushalt tätig - arbeitssuchend
in Ausbildung/Umschulung - Sonstige:

Beschreiben Sie kurz die gefühlsmäßige Beziehung des Kindes zu Vater; falls nicht bei Vater lebend, wieviel Kontakt besteht derzeit?:

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:

verheiratet geschieden zusammen lebend verwitwet getrennt lebend

Mein/Unser Kind wohnt (überwiegend) bei:

Mutter Vater Pflegeeltern Adoptiveltern

Wohngruppe oder anderen Personen: Name, Vorname, ggf Adresse Wohnheim, Bezugsbetreuer:

Weitere wichtige erwachsene Bezugspersonen oder Sorgeberechtigte

die mit dem Kind leben oder es maßgeblich mitversorgen, mitbetreuen, gefühlt wichtig sind z.B. LebenspartnerInnen der Mutter/des Vaters, Stiefmutter, Stiefvater, Großeltern etc. bitte Rückseite benutzen.

Geschwister:

alle leiblichen, Halb-, Stiefgeschwister und zusätzlich alle weiteren im Haushalt dauerhaft lebenden Kinder, ggf Rückseite benutzen

Name, Vorname	Alter/geboren am	Klassenstufe/Beruf	körperliche Krankheiten/ seelische Auffälligkeiten?
---------------	------------------	--------------------	--

Erkrankungen und Vorerkrankungen Ihres Kindes:

Hatte Ihr Kind im letzten halben Jahr häufig körperliche Beschwerden?

zB Kopfweg, Bauchweg, Übelkeit, hohe Infektanfälligkeit, Probleme/Schmerzen mit irgendeinem Organ wie Herz, Lunge, Haut, Gelenken usw

nein ja, wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung?

nein ja, welche und seit wann:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente, incl. Pille, Homöopathische oder pflanzliche Präparate?

nein ja, welche (Name des Präparates und der Dosierung und seit wann):

Allergien und/oder Medikamentenunverträglichkeit/-nebenwirkungen:

nein ja, und zwar auf:

mit folgender Reaktion:

Hatte Ihr Kind bisher Krankenhausaufenthalte

nein

ja; wenn ja: Name des Krankenhauses, in welchem Alter und wofür? zB Operationen, Schädelhirntrauma, Gehirnhautentzündungen, Anfälle, Psychiatrische Behandlung?

Erkrankungen in der Familie:

Gibt es **körperliche** Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.)?

nein ja, wenn ja, welche Erkrankungen und bei wem?

Gibt es **psychische** Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern etc.) vor?
zB. Selbsttötungsversuche, Suchterkrankungen, Nervenzusammenbruch, Psychiatrische
Klinikaufenthalte, Depression, Angststörung, Persönlichkeitsstörung

nein ja, wenn ja, wer ist/war davon betroffen und mit welcher Erkrankung?

Frühkindliche Entwicklung:

Schwangerschaft:

künstliche Befruchtung: Ja Nein Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften: _____
davon _____ Fehlgeburten oder/und _____ Totgeburten (in welcher
Schwangerschaftswoche)

Gab es -medizinische oder emotionale- Probleme während der Schwangerschaft, oder
große Sorgen (zB. für die Entwicklung des Kindes, Beziehung der Eltern zueinander)?

Nein Ja, wenn ja, welche?

Seelisch/körperliche Befindlichkeit der Mutter während der Schwangerschaft? Bitte
beschreiben:

Geburt (bitte auch dem gelben Vorsorgeheft entnehmen):

Die Geburt erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang (s. U2) : _____

Vaginalgeburt Kaiserschnitt Saugglocke Zange Sonstiges:

Apgar-Werte: ___/___/___ (s.U1 gelbes Vorsorge Heft)

Alter der Mutter bei Geburt: _____ Jahre

Gab es Komplikationen bei der Geburt?

nein ja, folgende:

Wurde gestillt? nein ja, Stillen bis zum Alter von: _____ Monaten.

Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr (Zutreffendes ankreuzen; mehrere Antworten möglich):

keine Auffälligkeiten

Viel Schreien Ein-/Durchschlafstörungen Blickkontakt vermeidend

Fütter-/Gedeihstörungen Körperkontakt vermeidend Unfokussiert

emotionaler Kontakt zum Baby war schwierig

übersensibel gegenüber Sinneseindrücken (z.B. Licht, laute Geräusche, Berührung) bitte beschreiben:

Sonstige Bedenken:

Hatte die Mutter (oder die Haupt-Bezugsperson des Kindes) eine Depression oder depressive Phase seit Geburt des Kindes?

nein unbekannt

ja, es war im Alter des Kindes von ca. _____ Monate bis _____ Monate

Außerhäusliche Betreuung des Kindes während des Vorschulalters ist/war : keine

ja (bitte Alter des Beginns bzw Altersspanne hinzufügen)

Krabbelgruppe:

Tagesmutter:

Kindergarten:

Integrationskindergarten:

andere:

Besuch im Alter von _____ bis _____ Jahren

Auffälligkeiten während dieser außerhäuslichen Versorgung, insbesondere im Kindergarten?

keine Auffälligkeiten

ja und zwar (Zutreffendes bitte einkreisen): Trennungsangst - Kontaktstörungen - Spielstörungen - sehr unruhiges Verhalten - Aggression

Sonstiges:

wann bestanden diese Auffälligkeiten?

Weitere Entwicklung: (Zutreffendes bitte jeweils einkreisen oder ankreuzen)

Sprachentwicklung (Mehrfachnennungen möglich)

unauffällig

erste Worte mit: _____ Monaten erste Sätze mit: _____ Monaten

bei Mehrsprachigkeit: Muttersprache: _____ weitere Sprachen: _____

spricht nicht spricht nicht mehr seit: _____

spricht nicht in folgenden Situationen (bitte beschreiben):

Sprach- und Sprech-Entwicklung auffällig, und zwar mit:

Aussprachefehler - geringer Wortschatz - grammatikalische Auffälligkeit - scheint nicht zu verstehen, was man meint

Motorische Entwicklung:

unauffällig

Krabbeln mit ca _____ Monaten Laufen mit _____ Monaten, weiß nicht mehr

Grobmotorische Auffälligkeiten, bitte beschreiben:

Feinmotorik: Hand-Fingermotorik ist:

Händigkeit: rechts links wechselnd weiß nicht

Sauberkeitsentwicklung:

unauffällig

Kind war trocken tagsüber mit _____ Monaten Nachts trocken mit mit _____ Monaten

Sauberkeitsentwicklung nach dem 4. Lebensjahr:

war noch nie länger als 6 Monate trocken

keine freien Intervalle von Einkonten für länger als 6 Monate

Einnässen nein Ja, tags an ca. _____Tagen pro Woche nachts tagsüber

Einkoten nein Ja, an ca. _____Tagen pro Monat.

Hörschwäche: nein ja, diagnostiziert im Altern von _____Monaten

HNO-/Pädaudiologische Untersuchung ist erfolgt: nein, nie seit dem Neugeborenenzeit

ja, letztmalig am _____

Sehchwäche: nein

ja, Brille seit dem Alter von _____Monaten/Jahren.

Eine Augenärztliche Untersuchung erfolgte noch nie letztmalig mit _____Jahren

Krampfanfälle

nein ja, Krämpfe nur mit Fieber

Krämpfe auch ohne Fieber ja, erstmalig mit _____Monaten, letztmalig am _____

Bei bekanntem Krampfleiden/Epilepsie:

Name der mitbehandelnden Ärztin/Arztes: _____

Spielkontakte derzeit: spielt bevorzugt mit:

Gleichaltrigen Jüngeren Älteren überwiegend Erwachsenen

Meine besonderen Beobachtungen und Bemerkungen zum Spiel- und Kontakt-Verhalten meines Kindes sind:

Bindung, Trennung, Trauma:

Gab es längere Trennungen von wichtigen Bezugspersonen?

nein ja, im Alter von _____ Wie lange? _____ Warum? _____

Mein Kind hat Gewalt erfahren (Zutreffendes bitte einkreisen):

nein, hat nichts davon erlebt

Nur körperliche Gewalt - zusätzlich sexuelle Gewalt - war Zeuge von Gewalt an anderen - großer oder viele schmerzhaft ärztliche Eingriffe- konnte eine Zeitlang nicht altersgerecht körperlich und/oder emotional versorgt werden durch Eltern/Sorgeberechtigte:

vermutlich

ja, und zwar im Alter von: _____ passierte Folgendes (bitte beschreiben):

Schulalter und Schule:

Name der derzeitigen Schule: _____ **Klassenstufe:** _____

Name der Lehrkraft: _____

Welche Schulform besucht das Kind zurzeit?

Vorschule Grundschule Hauptschule Realschule Ganztagsbetreuung

Gymnasium Gesamtschule Stadtteilschule Förderschule Berufsschule

Integrationsmaßnahme

Waldorfschule Internat Sonstige: _____

Angaben zum bisherigen Schulbesuch:

- regelrecht _____-mal wiederholt Schulwechsel, Anzahl: _____
 Abbruch übersprungen viele Fehlzeiten zurück gestellt, weil:
 Sonstiges:

Auffälligkeiten in der Schule:

- nein, keine Probleme in Schule oder mit der Schulleistung
 ja, Zutreffendes bitte einkreisen:
das Erreichen des Klassenziels ist gefährdet - Aggression - Trennungsangst -
Konzentrationsstörungen - Kontaktstörungen - Schulschwänzen - sehr unruhiges
Verhalten - Schulverweigerung - Schulangst - Mobbing - Leistungsabfall seit: _____
 Sozialer Rückzug seit _____ bitte Vorfälle/Verhalten beschreiben:

 das macht mir Sorgen beim Schulbesuch meines Kindes:

Wurde eine Teilleistungsstörung (Leserechtschreibstörung, Rechenstörung) diagnostiziert?

- nein
 ja, und zwar von (Name von Arzt, Schule, Förderstelle etc.):

- Mein Kind hat Nachhilfe/Förderung im Fach:

Sozialkontakte, Kontakte zu Freunden:

mein Kind

- ist gut integriert
 hat wenige Freunde
 ist im Kindergarten/Schule isoliert/allein

Regelmäßige außerschulische Aktivitäten (zB Sport, Musikunterricht, Vereine):

- nein, keine
 ja, und zwar (bitte beschreiben):

Bisherige Inanspruchnahme von Hilfen (Mehrfachnennung möglich)

Bitte geben Sie jeweils den Zeitraum „von-bis“ an, wann die Hilfe in Anspruch genommen wurde:

_____ Name TherapeutIn und/oder Einrichtung, _____ von---bis

- Kinder- & JugendpsychotherapeutIn:
 Kinder- & JugendpsychiaterIn:
 Kinderärztin/-arzt:
 WOI oder andere Sozial-Pädiatrische Ambulanz:
 Klinikaufenthalt:
 Frühförderung:
 Ergotherapie:
 Krankengymnastik/Physiotherapie:
 Logopädie/Sprachförderung:
 Erziehungsberatungsstelle:

- Gesundheitsamt:
- Sozialamt:
- Jugendamt/ASD:
- schulpsychologischer Dienst/REBUS:

(Bitte von den o. g. Institutionen jeweils den Bericht/die Berichte mitbringen oder an uns senden lassen: einen Vordruck können Sie hierzu von meiner Webseite herunterladen. Ggf. erhalten Sie die Berichte von Ihrem Kinderarzt)

Die Stärken und Ressourcen meines Kindes sind:

Hamburg, den _____

Unterschrift Sorgeberechtigte/R

Unterschrift Sorgeberechtigte/R

Name, Vorname in Druckbuchstaben

Name, Vorname in Druckbuchstaben

<\${contact.lastname}> <\${contact.firstname}>

*<\${contact.birthDay}>.<\${contact.birthMonth}>.<\${contact.birthYear}>

