



Fragebogen bei Erstvorstellung

Patientenstammdaten

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen:

Geburtstag:

Alter:

Adresse:

Mobilfunknummer:

Email:

Versicherung: privat Hauptversicherungsnehmer/in:
 gesetzlich

Schule und Klasse/ Kindergarten:

Mit wem lebt das Kind/ der Jugendliche zusammen:

War Ihr Kind in diesem Quartal bereits in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung in

Behandlung: Ja Nein

Vorstellungsanlass, was hat Sie zu uns geführt?

Wer hat Ihnen empfohlen Ihr Kind hier vorzustellen?

Vorerkrankungen:

Medikamente:

Allergien:

OP oder Krankenhausaufenthalte:

Größe:

Gewicht:

Schwangerschaft (SS) /Geburt:

Komplikationen während SS	
Alkohol/Drogen/Nikotin während SS	
Zeitgerecht/Früh/Spät, SS-Woche	
Spontan oder Kaiserschnitt	
Geburtsgewicht, Geburtsgröße	
Apgarwerte	

Komplikationen nach der Geburt:

Regulationsstörungen wie z.B. Trinkschwäche, Schreibaby

Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung:

	Alter (Monate/Jahr)	Besonderheiten
Erste Worte		
Laufen		
Sauberkeitsentwicklung:		
Urinkontrolle		
Stuhlkontrolle		

Vorbehandlungen, andere Hilfen:

Was?	Wann?	Wo?
Psychotherapie		
Psychiatrie		
Ergotherapie		
Logopädie		
Jugendamt		
Frühförderung		
Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ		

Mutter

Name, Vorname:

Alter:

Beruf:

Adresse:

Tel:

Email:

Sorgeberechtigt für d. Patient/in:

Ja Nein

Familienstand:

Erkrankungen:

Vater

Name, Vorname:

Alter:

Beruf:

Adresse:

Tel:

Email:

Sorgeberechtigt für d. Patient/in:

Ja Nein

Familienstand:

Erkrankungen:

Geschwister: Ja Anzahl: Nein

Name	Alter	Schule u. Klasse/ Kita	Erkrankungen
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

U-Heft dabei: ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen**Impfpass dabei:** ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen**Zeugnisse ab 1. Klasse dabei:** ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen**Berichte/ Befunde aus Vorbehandlungen:** ja nein , bitte beim nächsten Termin mitbringen

Fotoaufnahme:

Ich bin damit einverstanden, dass von meinem Sohn/meiner Tochter ein Foto für die digitale Akte aufgenommen wird: ja nein

Es wird versichert, dass diese Aufnahme nicht der Veröffentlichung, sondern ausschließlich der praxisinternen Verwendung dient.

Bitte geben Sie mitgebrachte Unterlagen an unsere Kollegin am Empfang ab damit Sie diese kopieren und Ihnen direkt wieder aushändigen kann. Vielen Dank.

Platz für zusätzliche Informationen oder Anmerkungen, die Ihnen wichtig sind:



Özlem Fatma Kanal
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie