



Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Esther Veith

Lange Str.7, 49356 Diepholz,
Tel.: (05441) 59249-0 Fax: (05441) 59249-29

WICHTIGER HINWEIS: Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, sie dienen als Grundlage für ein späteres, persönliches Gespräch. Der Fragebogen muss vollständig ausgefüllt vor einer Terminvereinbarung vorliegen. Der vereinbarte Termin wird durch die Praxis im Fragebogen eingetragen.

Allgemeine Informationen:

Termin am:	
Name des Patienten:	
Geburtsdatum:	
Staatsangehörigkeit:	
Adresse:	
Name, Geb.-Datum und Beruf der Eltern:	
Adresse Eltern(-teil), (falls anders als Kind):	
Sorgeberechtigt:	☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Krankenkasse / Kassenr: (bitte beides angeben)	
Name & Geburtsdatum des Versicherten:	
Hausarzt/ Kinderarzt:	

Vorstellungsgrund/Problematik (in Stichpunkten):

--

Datum	Unterschrift aller Sorgeberechtigter



Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Esther Veith

Lange Str.7, 49356 Diepholz,
Tel.: (05441) 59249-0 Fax: (05441) 59249-29

Name des Patienten:

Familie:

Leibliche Eltern:	Ja ☐ Nein ☐
Beziehungsstatus der Eltern:	verheiratet seit:
	getrennt seit:
	geschieden seit:
Geschwister:	Name:
	Geb.-Datum:
	Schulbildung:
	Jetzige Tätigkeit o. Schulform:

Zur Entwicklung des Kindes: Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindalter

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?		
Erfolgte die Geburt termingerecht?	Ja ☐ Nein ☐	Zeitabweichung:
Gab es Probleme/ Komplikationen bei der Geburt? (z.B. Lageabweichung, Nabelschurumschlingung, Saugglocke etc.)		
Wann konnte ihr Kind frei laufen?	Mit Monaten	
Wann konnte das Kind sprechen?	Mit Monaten	
Wann war ihr Kind sauber?	Mit Monaten	
Gab es Auffälligkeiten/ Probleme in den ersten drei Lebensjahren? (z.B. Krankheit, Trennungen, Entwicklungsverzögerungen, Bewegungs- oder Sprachauffälligkeiten)		



Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis Esther Veith

Lange Str.7, 49356 Diepholz,
Tel.: (05441) 59249-0 Fax: (05441) 59249-29

Name des Patienten:

Kindergarten

Besucht Ihr Kind einen Kindergarten?	Ja früher ☐ Ja aktuell ☐ Nein ☐
Gab/Gibt es Auffälligkeiten beim Besuch des Kindergartens? (z.B. Trennungsangst, Kontakt-/Spielstörungen, Aggression etc.)	

Schulbesuch

Wurde ihr Kind fristgerecht eingeschult?	Ja ☐ Nein ☐	
Welche Schulen hat ihr Kind bisher besucht?	Schulform (Grundschule, Förderschule)	Name d. Schule
In welche Schule geht ihr Kind zurzeit?	Schulform (Grundschule, Förderschule)	Name d. Schule
Name der Lehrkraft:		
Gibt es Probleme/Auffälligkeiten in der Schule? (z.B Aggression /schlechtes Betragen, Leistungsschwierigkeiten, Kontaktstörungen, Konzentrationsstörungen, Hyperaktivität, Schulverweigerung/ Schulangst, etc.)		
Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? Wenn ja welche?		