



(Vor-)Name, Geburtsdatum: _____

Vorstellungsgrund

- Derzeitige Situation/Problematik (seit wann?)

- Anliegen/Erwartungen was gemacht wird

- Wer hat zur Vorstellung geraten?

vorherige Maßnahme vor heute

- Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und/oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen ☐ Nein ☐ Ja _____
- Beratungsstellen ☐ Nein ☐ Ja _____
- Jugendamt ☐ Nein ☐ Ja _____
- Hilfen zur Erziehung, z.B. Familienhilfe ☐ Nein ☐ Ja _____
- Klinikaufenthalte ☐ Nein ☐ Ja _____
- Ergo-/Logo-/Lerntherapie ☐ Nein ☐ Ja _____

Angaben zur Familie

- Sorgeberechtigte ☐ zusammenlebend ☐ getrennt/ geschieden (seit wann?) _____
☐ Pflegeeltern ☐ Elternteil verstorben(wann?) _____
- bei getrennten Elternteilen, wo lebt das Kind? ☐ Kindsmutter ☐ Kindsvater
- Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ☐ Ja ☐ Nein _____
- Sorgeberechtigte sind sich (überwiegend) einig in der Erziehung?



- Informationen Sorgeberechtigte

	leibliche Mutter/Pflegemutter/Stiefmutter	leiblicher Vater/Pflegevater/Stiefvater
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum		
Schulabschluss/Beruf		
derzeitige Tätigkeit		
körperliche Erkrankungen		
psychische Erkrankungen		

- Informationen Geschwister

Name	Geburtsdatum	Schule/Klasse	Erkrankungen/ Verhaltensauffälligkeit	Besonderheiten (anderer Wohnort, Halbgeschwister)

- Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen? Mit wem aus der Familie versteht sich das Kind am besten/ am wenigsten gut?



Kindesentwicklung

- Schwangerschaft

Komplikationen

☐ Nein

☐ Ja _____

Nikotin-/Alkohol-/Drogenkonsum

☐ Nein

☐ Ja _____

besondere Belastungen

☐ Nein

☐ Ja _____

- Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Verlauf der Geburt (Saugglocke, Geburtszange, Kaiserschnitt, natürliche Geburt)?

Komplikationen?

Geburtsgewicht _____

Größe _____

Kopfumfang _____

APGAR-Score (s. U-Heft/Mutterschaftspass) _____

Auffälligkeiten beim Kind direkt nach Geburt?

Säuglings- und Kleinkindalter

- Schwierigkeiten im Säuglingsalter (Schlafprobleme, anhaltendes Schreien, abweisender Körperkontakt, Fütterstörungen etc.)

- Entwicklung in den ersten Lebensjahren

Motorische Entwicklung	
Sauberkeitsentwicklung	
Sprachentwicklung	
Seh-/Hörvermögen	
Körperliche Erkrankungen	
Allergien	
Medikamente	

**Kindergarten**

- Kita oder Tagesstätte besucht? _____
- Ab wann? (Alter) _____
- Verhalten dort auffällig? _____

Schule

- Welche Schule und Klasse aktuell _____
- Klassenwiederholungen? _____
- sonderpädagogischer Förderbedarf?
→ Wenn ja, welcher und seit wann? _____
- Wie gerne geht das Kind zur Schule _____
- Regelmäßigkeit des Schulbesuchs? _____
- Probleme Lernen/Hausaufgaben? _____
- Versetzung aktuell gefährdet? _____

Freizeit

Freunde? Wie viele in etwa?	
Partnerschaft?	
Medienkonsum? Welcher? Wie viel am Tag?	
Hobbys	
Vereinsanbindung	

Aktuelle gesundheitliche Situation des Kindes

Erkrankungen (körperlich/psychisch)	
Behandlungen (körperlich/psychisch)	
Nikotin-/Alkohol-/Drogenkonsum	
Medikamente (BTM, Pille,...)	
Sexualität	

Ressourcen

Was schätzen Sie an Ihrem Kind?	
Stärken des Kindes	
Schwächen des Kindes	
Stärken der Sorgeberechtigten	
Schwächen der Sorgeberechtigten	

Ausgefüllt von _____ Datum _____

Vielen Dank!

