

# Neuanmeldung

Bitte den Anmelde- und Elternfragebogen herunterladen, **vollständig** im PDF oder manuell ausfüllen und zurücksenden. **Erst danach** setzen wir uns mit Ihnen zur Terminvereinbarung in Verbindung, sobald wir über freie Kapazitäten verfügen!



Dr. med. **Sölva Kahl**

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie

## 1 | Anmeldung am:

Name/Vorname des Kindes/Jugendlichen:

Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen:

## 2 | Von wem wird dieser Fragebogen ausgefüllt?

Name Anmelder\*in:

In welchem Verhältnis steht Anmelder\*in zu dem Kind/Jugendlichen?  
(Mutter, Vater, Vormund, Bezugsbetreuer\*in, Sonstige (bitte genau bezeichnen):

Anmelder\*in ist sorgeberechtigt? Ja      Nein

Falls »nein«: Name des/eines Sorgeberechtigten:

(Wir weisen darauf hin, dass eine Anmeldung – ggf. zusätzlich! – von einem/einer sorgeberechtigten bzw. gesundheitsfürsorgeberechtigten Person erfolgen muss)

alleiniges Sorgerecht      beide Elternteile sorgeberechtigt

Name/Vorname **Mutter**:

Name/Vorname **Vater**:

Wenn nicht Eltern des Kindes, bitte hier Vormundsdaten eintragen:

## 3 | Kontaktdaten

Adresse **Mutter**:

Adresse **Vater**:

Adresse **Sorgeberechtigte**:

Adresse **Sonstige** (Einrichtung usw.):

**Rückrufnummer**:

**E-Mail**:

## 4 | Krankenversicherung

Gesetzliche Krankenversicherung

Private Krankenversicherung

Name und Anschrift der Krankenversicherung

## 5 | Vorstellungsgrund

Was macht Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen?

Seit wann besteht das Problem?

Wie gehen Sie damit um?

Welche Lösungsansätze haben Sie versucht?

Bei welchen Personen und Organisationen haben Sie Hilfe gesucht?  
(Erziehungsberatung, Arzt, Psychologe, SPZ etc.)

Welche Hilfen erwarten Sie sich von uns ?

Sieht ihr Kind ebenfalls ein Problem? Ja      Nein

Bestehen neben dem Hauptanliegen noch weitere Probleme?

## 6 | Fragen zur Entwicklung des Kindes

### Schwangerschaft

Wunschkind? Ja      Nein      Geplant? Ja      Nein

Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen ? Ja      Nein

Wenn ja welche?

Gab es **Erkrankungen bei der Mutter**, Unfälle, Operationen, seelische Belastungen oder Stress?

Nein      Wenn ja, welche?

Während der Schwangerschaft wurde ...

**geraucht**. Wenn ja, wie viel pro Tag?

**Alkohol** getrunken. Wenn ja, was und wie häufig?

**Medikamente** eingenommen. Wenn ja, welche?

**Drogen** konsumiert. Wenn ja, welche?

**Kein Substanzkonsum**

### Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?

Gab es Auffälligkeiten im Geburtsverlauf?

Nein      Wenn ja, welche?

Geburtsgewicht:      Gramm

Geburtslänge:      cm

### Kindliche Entwicklung

Traten Komplikationen in den ersten Lebensjahren auf?

(Ernährung, Schlaf, Schreien, Krampfanfall etc.)

Nein      Wenn ja, welche?

Wurde das Kind gestillt?

Nein      Wenn ja, wie lang?

### Statomotorische Entwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Entwicklung von Greifen, Krabbeln, Sitzen und Laufen?

Nein      Wenn ja, welche?

Das Kind konnte frei laufen mit      Monaten.

Wie beurteilen Sie die motorische Geschicklichkeit Ihres Kindes?

### Sprachentwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung?

Nein      Wenn ja, welche?

Erste Worte mit      Monaten.

Welche?

Wie beurteilen Sie die sprachliche Entwicklung Ihres Kindes? (Wortschatz, Nachsprechen, etc.)  
Überdurchschnittlich      Altersgemäß      Unterdurchschnittlich

### Sauberkeitsentwicklung

Bestanden Auffälligkeiten in der Sauberkeitsentwicklung?

Nein      Wenn ja, welche?

Das Kind hat nicht mehr eingekotet/war sauber mit      Monaten.

Das Kind hat nicht mehr eingenässt/war trocken mit      Monaten.

### Kita | Schule

Wer hat das Kind wie lange **vor dem Kitaeintritt** betreut? (Elternzeit etc.)

Wie alt war Ihr Kind beim **Kindergarteneintritt**?      Jahre

Gab es in der **Kita** Schwierigkeiten/Auffälligkeiten?

Nein      Wenn ja, welche?

Wie beurteilen Sie die **Selbstständigkeit** Ihres Kindes  
(z. B. Anziehen und Ausziehen, Essen, alleine schlafen etc.)?

Überdurchschnittlich      Altersgemäß      Unterdurchschnittlich

Zeigte das Kind in der weiteren Entwicklung  
eine oder mehrere der folgenden **Auffälligkeiten**?

(Wenn ja, bitte Alter angeben)

Bewegungsarmut	mit	Jahren
Motorische Unruhe	mit	Jahren
Erhöhte Unfallneigung	mit	Jahren
Schreckhaftigkeit/Alpträume/Nachtschreck	mit	Jahren
Häufiges Schreien/Weinen	mit	Jahren
Einnässen	mit	Jahren
Einkoten	mit	Jahren
Tics	mit	Jahren
Haare ausreißen	mit	Jahren
Übermäßiger Trotz und Wutanfälle	mit	Jahren
Gewalttätiges Verhalten gegen Gegenstände/Personen	mit	Jahren
Ängste/Hemmungen	mit	Jahren
Schmerzen (Bauchschmerzen/Kopfschmerzen etc.)	mit	Jahren
Körperliche Beschwerden	mit	Jahren
Müdigkeit/Erschöpfung	mit	Jahren
Schwierigkeiten beim Einschlafen	mit	Jahren
Schlechte Laune/Reizbarkeit	mit	Jahren
Schwere Erkrankungen/Unfälle	mit	Jahren

## Schule

Die **Einschulung** erfolgte

Zeitgerecht      Vorzeitig      Zurückgestellt

Im Alter von      Jahren

**Welche Schule** besucht Ihr Kind?

Das Kind ist aktuell in der      Klasse.

**Schulbesuch** bisher regelrecht?    Ja      Nein

Klasse wiederholt?    Nein      Wenn ja, welche?

Klasse übersprungen?    Nein      Wenn ja, welche?

**Umschulungen:** Keine

1. Umschulung

2. Umschulung

3. Umschulung

**Schulabbruch** in der      Klasse.

Wie wird Ihr Kind **nach dem Unterricht** betreut?

Hort bis      Uhr

Eltern

Andere (Bezugspersonen, Tagesgruppe etc.):

Gab /Gibt es **Schulersatzprojekte** bisher?

Nein      Wenn ja, welche?

Befindet sich der/die Jugendliche in einer **Ausbildung**?

Nein      Wenn ja, welche?

Wurden bisher **Sonderpädagog\*innen, Schulpsycholog\*innen, SIBUZ** beteiligt?

(Gespräche, Diagnostik, Beratung)

Nein      Wenn ja, welche?

In welchen Fächern hat Ihr Kind **Stärken**?

In welchen Fächern hat Ihr Kind **Probleme**?

Gibt es Schwierigkeiten in der Schule beim **Lern- und Arbeitsverhalten**?

(Interesse und Motivation, Ausdauer, Konzentration )

Nein      Wenn ja, welche?

Gibt es Schwierigkeiten beim **Sozialverhalten** in der Schule?

(Kooperation, Kommunikation, Konfliktverhalten, soziale Verantwortung)

Nein      Wenn ja, welche?

Ist Ihr Kind gut in seinen **Klassenverband** integriert?

Ja      Wenn nicht, bitte beschreiben:

Gibt es Schwierigkeiten bei der Erledigung der **Hausaufgaben**?

Nein      Wenn ja, bitte beschreiben:

### **Freizeit/Hobby/soziale Integration**

Welche **Hobbys/Sportarten** betreibt Ihr Kind? Wie beschäftigt es sich in der **Freizeit**?

Hat Ihr Kind **Freunde**?

Ja, viele Freunde

Ja, wenige Freunde

Nein

Gibt es in der Freizeit **Probleme** mit anderen Kindern?

Nein      Wenn ja, bitte beschreiben:

Zeigte Ihr Kind in der Vergangenheit oder anhaltend **Auffälligkeiten beim Spielverhalten**?

Nein      Wenn ja, bitte beschreiben:

Wie hoch ist der tägliche **Medienkonsum** Ihres Kindes? (Handy, Tablet, Konsole, TV)

**Was schätzen Sie besonders an Ihrem Kind?**

## 7 | Familie

### Angaben zur leiblichen Mutter des Kindes

Alter:           Jahre

Schulabschluss:

Derzeitiger Beruf:

Arbeitszeit/Woche:

Besonderheiten/ körperliche oder psychische Erkrankungen:

### Angaben zum leiblichen Vater des Kindes

Alter:           Jahre

Schulabschluss:

Derzeitiger Beruf:

Arbeitszeit/Woche:

Besonderheiten/ körperliche oder psychische Erkrankungen:

### Angaben zu sozialen Elternteilen (Stiefeltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern)

(Bei mehreren bitte Angaben zu allen)

#### 1. Wer?

Alter:           Jahre

Im selben Haushalt lebend?   Ja           Nein

Schulabschluss:

Derzeitiger Beruf:

Arbeitszeit/Woche:

Besonderheiten/ körperliche oder psychische Erkrankungen:

#### 2. Wer?

Alter:           Jahre

Im selben Haushalt lebend?   Ja           Nein

Schulabschluss:

Derzeitiger Beruf:

Arbeitszeit/Woche:

Besonderheiten/ körperliche oder psychische Erkrankungen:

### Angaben zu den Geschwistern

Vorname	Alter	Geschlecht	Halb/Stiefgeschwister?	Kita/Klasse	Besonderheiten
---------	-------	------------	------------------------	-------------	----------------

1.

2.

3.

4.

5.

6.

**Leben die leiblichen Eltern zusammen?** Ja Nein

**Wenn nein, seit wann sind die leiblichen Eltern geschieden/getrennt?**

**Besteht Kontakt zu ...**

Großmutter mütterlicherseits Ja Nein

Großvater mütterlicherseits Ja Nein

Großmutter väterlicherseits Ja Nein

Großvater väterlicherseits Ja Nein

**Gibt es in der Verwandtschaft (Onkel/Tante, Großeltern ...) psychische Erkrankungen?**

Nein Wenn ja, bitte beschreiben:

**Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?** Ja Nein

Gibt es **gemeinsame Rituale** in der Familie/feste Essenszeiten etc.?

Nein Wenn ja, welche?

**Übernimmt Ihr Kind Pflichten im Haushalt/gibt es regelmäßige Aufgaben für die Familie?**

Nein Wenn ja, welche?

**Welche Konsequenzen** erfolgen für Ihr Kind **bei Regelverstößen?**

Bitte beschreiben Sie Ihren **Erziehungsstil**:

Hier ist Raum für weitere Anmerkungen:

**Vielen Dank für Ihre Auskunft!** Wenn Sie den Fragebogen heruntergeladen und vollständig ausgefüllt haben, senden Sie das PDF bitte an uns zurück.

**Wenn Sie nicht damit einverstanden sind, Ihre Daten per Mail zu senden,** schicken Sie diese bitte **per Fax, Post** oder **Einwurf in unseren Briefkasten.**