

Vorgeschichte Familie

Datum: _____

Name (PatientIn): _____ geb. am: _____

Haus-/Kinderarzt/-ärztin: _____

leibliche Eltern:

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

<p>Mutter</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Schulabschluss: _____</p> <p>Beruf: _____</p> <p>Aktuelle Tätigkeit: _____</p>

<p>Vater</p> <p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Schulabschluss: _____</p> <p>Beruf: _____</p> <p>Aktuelle Tätigkeit: _____</p>
--

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen?

leibl. Mutter Stiefmutter Pflegemutter Adoptivmutter

leibl. Vater Stiefvater Pflegevater Adoptivvater

andere _____

„Ersatzeltern“ (z.B. Stief-, Adoptiv-, Pflegeeltern, Erziehungsstellen):

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

<p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Schulabschluss: _____</p> <p>Beruf: _____</p> <p>Aktuelle Tätigkeit: _____</p>
--

<p>Name: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Schulabschluss: _____</p> <p>Beruf: _____</p> <p>Aktuelle Tätigkeit: _____</p>
--

- Kontakte zur leiblichen Mutter, wie oft? _____
- Kontakte zum leiblichen Vater, wie oft? _____

Kinder im gleichen Haushalt:

Vorname, Name	Geburtsjahr	leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptivgeschwister,

Geschwister in einem anderen Haushalt:

Vorname, Name	Geburtsjahr	leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptivgeschwister,

Welche Erwachsenen haben noch erzieherischen Einfluss oder sind wichtig für das Kind?

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

Umzüge, Änderung in der Zusammensetzung der Lebensgemeinschaft, Schulwechsel, Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme eines Elternteils, Tod naher Angehöriger, schwere Krankheit, etc.

Ereignis	Wann?

Frühe Entwicklung:

Bemerkungen zur Schwangerschaft und Geburt

freies Laufen mit ____ Monaten erste Worte mit ____ Monaten

Nachts trocken mit ____ Monaten sauber mit ____ Monaten

Bemerkungen zur Entwicklung des Sprechens oder der Bewegung

Welche Sprache wird/wurde zu Hause gesprochen? _____

Ernste Erkrankungen des Kindes: (Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen, Allergien)

Welche Erkrankung?	Wann?	Wo behandelt?

Gab es jemals einen Krampfanfall/Fieberkrampf/epileptischen Anfall ja nein

Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?

Seelische Belastungen, Krisen oder schwere Erkrankungen in der Familie

Kindergarten/Schule:

Bemerkungen zum Kindergarten (Trennungsangst, Integrativer Kindergarten, Wutanfälle)

Bemerkungen zur Grundschule (Förderschule, GU/GL-Kind)

Einschulung im Jahr _____

aktuelle Schule: _____ Klasse: _____

Adresse: _____

LehrerIn _____ Tel: _____

OGS ja nein

Bemerkungen zur aktuellen Schule

Vorlieben / Gewohnheiten:Freunde: gleich alte jüngere ältere mehr Jungen mehr MädchenAnzahl: _____ zieht sich zurück ist EinzelgängerFreizeit: TV / PC / Handy etc. für _____ Stunden am Tag

Sport, Hobbys etc.: _____

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft? nein ja welche? _____Ernährung: (Lieblingsessen, viel Süßigkeiten etc.)

Schlafen: Bettgezeit: _____ Uhr Einschlafen: _____ Uhr Aufstehen: _____ Uhr

Bemerkungen (Alpträume, Aufwachen, bei den Eltern im Bett, etc.):

Untersuchungen, Hilfen und Therapien:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder- und JugendpsychiaterIn | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst |
| <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum | <input type="checkbox"/> Sprachtherapie | <input type="checkbox"/> Jugendhilfe |
| <input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Erziehungsberatung |

Psychotherapie von _____ bis _____ bei: _____

Sonstiges: _____

Wir danken Ihnen für Ihre Geduld und Mühe, uns die vielen Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten oder Ergänzungen dürfen Sie uns gerne ansprechen oder weitere Notizen hinzufügen.

Ihr Praxisteam Löwenherz