

Vorgeschichte Jugendhilfe

Datum: _____

Name (PatientIn): _____ **geb. am:** _____

Haus- /Kinderarzt/-ärztin: _____

Name der Wohngruppe _____

Das Kind bzw. der/die Jugendliche wohnt seit _____ in

(Adresse der Einrichtung): _____

Telefon Nr. _____

Zuständige BetreuerIn _____

Gruppenstruktur:

Regelgruppe Intensivpädagogische Gruppe

Anzahl der Kinder in der gleichen Gruppe ____

Alter der Kinder zwischen ____ und ____

Geschlechterverteilung Jungen ____ Mädchen ____

Geschwister in der gleichen Einrichtung? ____

leibliche Eltern:

leben zusammen getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Mutter

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Kontakte zur leiblichen Mutter

wie oft? _____

Kontakte zum leiblichen Vater

wie oft? _____

Sonstiges:

Geschwister in einem anderen Haushalt:

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

Welche Erwachsene 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: _____

Lehrer/in _____ Tel: _____

OGS ja nein

Bemerkungen zur aktuellen Schule

Vorlieben / Gewohnheiten:

Freunde: gleich alte jüngere ältere mehr Jungen mehr Mädchen

Anzahl: _____ zieht sich zurück ist Einzelgänger

Freizeit: 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, 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