

Anmeldebogen Paidion – Heilkunde für Kinderseelen

Bitte füllen Sie den Bogen möglichst vollständig aus. Vielen Dank!

Hamburg, den

Name des Kindes/Patient/in

Geboren am

Nationalität

Wohnhaft

Telefon/Handynummer/Email des Kindes/Patient/in

Kindergarten/Schule

Beziehungsstatus der Eltern

Bei Trennung der Eltern

Das Kind wohnt bei

Das Sorgerecht liegt bei

Eltern/Familie (bitte für beide Elternteile)

Vorname/Name/geboren am

Anschrift

Telefonnummer privat/mobil/E-Mail

Beruf/Erwerbstätigkeit

Liegen bei Ihnen oder anderen Familienangehörigen Erkrankungen vor?

Welche weiteren Familienangehörigen/Bezugspersonen sind für Ihr Kind bedeutsam?

Geschwister

Vorname/Name/Geboren am

Kindergarten/Schule der Geschwister

Wie ist das Verhältnis der Geschwister untereinander?

Vorstellungsanlass

Weshalb möchten Sie ihr Kind bei uns vorstellen?

Was erhoffen Sie sich von unserem Beratungsgespräch und den ggf. erforderlichen Untersuchungen?

Haben Sie wegen der jetzigen oder einer ähnlichen Problematik bereits andere Beratungsstellen oder Ärzte/Therapeuten aufgesucht? Wenn ja welche?

Wurde Ihr Kind bereits mit psychologischen Tests untersucht? Wenn ja, mit welchen und zu welchem Zeitpunkt? *Falls Vorbefunde vorliegen, bringen Sie diese bitte zum Termin mit.*

Wie empfindet Ihr Kind die Schul- oder Kindergartensituation aktuell und wie verhält es sich dort?

Hat Ihr Kind Probleme in der Schule oder im Kindergarten?

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten im Umgang mit Erwachsenen, Geschwistern oder Gleichaltrigen? Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Schwierigkeiten.

Entwicklung Ihres Kindes

Alter der Mutter bei Geburt des Kindes

Wie war der Schwangerschaftsverlauf? Gab es Komplikationen? Komplikationen bei/nach der Geburt? Wenn ja, welche?

Wie war die Neugeborenenzeit? Waren ärztliche Maßnahmen notwendig? Wenn ja, welche?

Wie war die erste Zeit mit ihrem Kind zuhause?

Wie erinnern Sie die Säuglingszeit und das erste Jahr mit Ihrem Kind?

Gab es Schlaf- oder Fütterprobleme? Unruhephasen mit schwerer Tröstbarkeit?

Meilensteine der Entwicklung

Motorische Entwicklung

Wann konnte Ihr Kind

krabbeln	sich hochziehen/steht	frei laufen	Rad fahren
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie war die

Bewegungsfreude

Geschicklichkeit

Kraft und Ausdauer

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Gab oder gibt es Schlafschwierigkeiten?

Wann war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen?

Tags

Nachts

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Sprachliche Entwicklung

Wächst Ihre Kind mehrsprachig auf?

Wann konnte Ihr Kind

Erste Wörter sprechen?

Kurze Sätze sprechen?

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Spricht es deutlich?

Kognitive Entwicklung

Konnte sich Ihr Kind gut konzentrieren?

Konnte es sich gut etwas merken, war es aufmerksam und neugierig?

Soziale und emotionale Entwicklung

Wie war das Spielverhalten Ihres Kindes? Was machte es gern? Spielte Ihr Kind gern mit anderen oder lieber alleine?

Mit wem verbringt Ihr Kind gern gemeinsame Zeit? War und ist es sozial integriert?

Welche Reaktionen kennen Sie bei Ihrem Kind in Bezug auf Ärger und Stress?

Welche Hobbys hat Ihr Kind?

Körperliche Faktoren

Kann Ihr Kind gut hören?

Ja

Nein

Wurde schon mal ein Hörtest gemacht?

Kann Ihr Kind gut sehen?

Ja

Nein

Wurde schon mal ein Sehtest gemacht?

Liegen körperliche Behinderungen vor?

Ja (Welche?)

Nein

Gab es Auffälligkeiten während der Vorsorgeuntersuchungen?

Ja (Welche?)

Nein

(bitte bringen Sie das gelbe Untersuchungsheft mit)

Derzeitige Körpergröße Ihres Kindes (in cm)

Derzeitiges Körpergewicht Ihres Kindes (in kg)

Welche Kinderkrankheiten gab es?

Gibt es Allergien? Wenn ja, welche?

Bestehen Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

Gibt es regelmäßige Schmerzen? (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, andere Arten von Schmerzen?)
Bitte beschreiben.

Gibt es aufgrund der Erkrankungen Fehlzeiten in Kindergarten oder Schule?

Gab oder gibt es Krampfanfälle?

Ja (welche?)

Nein

Gab oder gibt es sonstige (chronische) Erkrankungen?

Ja (welche?)

Nein

Gab oder gibt es Unfälle/ Krankenhausaufenthalte?

Ja (welche?)

Nein

Gab oder gibt es regelmäßige Medikamenteneinnahmen?

Ja (welche?)

Nein

Hat Ihr Kind schon mal Ergotherapie, Logopädie oder Physiotherapie bekommen?

Ja (Welche?)

Nein

Bei welchen Ärzten, Kliniken, Erziehungsberatungsstellen oder Fördereinrichtungen wurde ihr Kind schon mal betreut bzw. wird es aktuell betreut?

Wer ist Ihr/e aktuell betreuende/r Arzt/Ärztin? Wann erfolgte die letzte Vorstellung?

Bitte bringen Sie Vorbefunde zu Ihrem ersten Termin mit, falls vorhanden.

Betreuungseinrichtungen und Schulen

Welche Einrichtungen (Tagesbetreuung, Krippe, Kindergarten, Hort, Schule, o.ä.) besuchte Ihr Kind früher bzw. welche besucht es jetzt? Gab es Wechsel und warum?

Einschulung

Name der aktuellen Schule

Kontakt (Telefon/Fax/Mail)

Klassenlehrer/in

Möchten Sie etwas ergänzen?

Bitte denken Sie daran, das gelbe Untersuchungsheft und wichtige Vorbefunde, aber gern auch Entwicklungsberichte und das letzte Zeugnis Ihres Kindes zum Erstgespräch mitzubringen.

Mit dem Ausfüllen des Bogens erkläre ich die Richtigkeit meiner oben gemachten Angaben. Ich habe zudem die [Datenschutz-Regelungen](#) der Praxis gelesen und erkenne diese an.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!