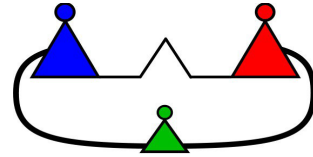


Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
**Elisabeth Schütt**  
Bramscher Strasse 4  
49593 Bersenbrück  
Tel: 05439-6094663  
Fax: 05439-6094664



## Anmeldebogen

### Kind

Name \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon: FN \_\_\_\_\_ (mobil) \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

### Leibliche Eltern

verheiratet \_\_\_\_\_ getrennt \_\_\_\_\_ geschieden \_\_\_\_\_ Lebensgemeinschaft \_\_\_\_\_

#### Mutter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ erlernter Beruf \_\_\_\_\_  
derzeitige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Alleinerziehend ja \_\_\_\_\_

#### Vater

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ erlernter Beruf \_\_\_\_\_  
derzeitige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Alleinerziehend ja \_\_\_\_\_

**Sorgerecht bei** gemeinsam \_\_\_\_\_ Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_ Jugendamt \_\_\_\_\_

**Stiefeltern** \_\_\_\_\_ **Adoptiveltern** \_\_\_\_\_ **Pflegeeltern** \_\_\_\_\_ **andere Sorgeberechtigte** \_\_\_\_\_

verheiratet \_\_\_\_\_ getrennt \_\_\_\_\_ geschieden \_\_\_\_\_ Lebensgemeinschaft \_\_\_\_\_

#### Mutter

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ erlernter Beruf \_\_\_\_\_  
derzeitige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Alleinerziehend ja \_\_\_\_\_

Vater

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ erlernter Beruf \_\_\_\_\_  
derzeitige berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_  
Alleinerziehend ja \_\_\_\_\_

---

**Geschwister**

	Vorname	Geburtsdatum	Schulform/ Klasse
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

**Warum möchten Sie Ihr Kind in der Praxis vorstellen?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten? \_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind Probleme**

beim Laufen \_\_\_\_\_ Sprechen \_\_\_\_\_ Hüpfen \_\_\_\_\_ Malen \_\_\_\_\_ Schreiben \_\_\_\_\_ ?  
in Konzentration \_\_\_\_\_ Ausdauer \_\_\_\_\_ Gedächtnis \_\_\_\_\_ Lesen \_\_\_\_\_  
Rechnen \_\_\_\_\_ Rechtschreibung \_\_\_\_\_ ?  
mit Eltern \_\_\_\_\_ Geschwistern \_\_\_\_\_ Lehrern/ ErzieherInnen \_\_\_\_\_  
Gleichaltrigen \_\_\_\_\_ ?

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an**

Mein Kind

- \_\_\_\_\_ hat häufig Bauchschmerzen
- \_\_\_\_\_ hat häufig Kopfschmerzen
- \_\_\_\_\_ wacht nachts plötzlich ängstlich auf
- \_\_\_\_\_ schläft schlecht ein und durch
- \_\_\_\_\_ hat wenig Freude an seinen Tätigkeiten
- \_\_\_\_\_ hat wenig Freunde
- \_\_\_\_\_ ist häufig traurig
- \_\_\_\_\_ zieht sich auffällig viel in sein Zimmer zurück
- \_\_\_\_\_ geht in der Freizeit wenig aus dem Haus
- \_\_\_\_\_ ist allgemein ängstlicher als andere Kinder
- \_\_\_\_\_ hat häufig Wutausbrüche
- \_\_\_\_\_ hat auffällig häufig schlechte Laune

- \_\_\_\_\_ hat ein hohes Konsumverhalten ( PC-Spiele, Chatten, Süßigkeiten..)
- \_\_\_\_\_ vermeidet, zum Kindergarten / Schule zu gehen
- \_\_\_\_\_ isst zu viel oder zu wenig
- \_\_\_\_\_ kann sich schlecht von uns ( Mutter / Vater) trennen
- \_\_\_\_\_ ist immer in Bewegung
- \_\_\_\_\_ braucht ständig Anregung
- \_\_\_\_\_ nässt ( noch/wieder) ein
- \_\_\_\_\_ kotet ein
- \_\_\_\_\_ kaut an den Fingernägeln
- \_\_\_\_\_ verletzt sich selbst

**Haben Sie wegen der obengenannten Probleme schon vorher Hilfe gesucht?**

Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Wenn ja, wo ( bitte Institution, Name, Ort, Vorstellungsjahr angeben)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Welche Förderungen/ Therapien hat Ihr Kind bisher und in welchem Jahr erhalten?**

Ergotherapie: \_\_\_\_\_

Sprachtherapie: \_\_\_\_\_

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: \_\_\_\_\_

andere Therapien: \_\_\_\_\_

---

**Angaben zur Entwicklung Ihres Kindes**

Geburt:

Gewicht \_\_\_\_\_ Länge \_\_\_\_\_ Kopfumfang \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ist Ihr Kind rechtzeitig \_\_\_\_\_ zu früh \_\_\_\_\_ zu spät \_\_\_\_\_ geboren?

Gab es Komplikationen bei oder nach der Geburt? Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Geben Sie bitte das Alter an bei folgenden Entwicklungsschritten

Krabbeln \_\_\_\_ Laufen \_\_\_\_ Sprechen erster Worte \_\_\_\_ Sprechen erster ganzer Sätze \_\_\_\_

In welchem Alter war Ihr Kind trocken \_\_\_\_\_ sauber \_\_\_\_\_

Angaben zum Besuch im Kindergarten

Alter bei Beginn \_\_\_\_\_ bei Ende \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt? Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

Rückmeldungen der ErzieherInnen zu Ihrem Kind \_\_\_\_\_

---

### Angaben zum Schulbesuch

Alter bei Schuleintritt \_\_\_\_\_ Klassenwiederholungen ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

aktueller Schulzweig \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

Hat das Kind (außer von Grundschule auf die weiterführende Schule) die Schule gewechselt? Ja \_\_\_\_\_ nein \_\_\_\_\_

wenn ja, warum \_\_\_\_\_

Lieblingsfächer \_\_\_\_\_

### Freizeitverhalten

Hobbys früher \_\_\_\_\_

Hobbys derzeit \_\_\_\_\_

Womit macht Ihnen Ihr Kind Freude?

---

---

---

---

---

Wer hat diesen Bogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

**Ich bin einverstanden, dass mein Kind \_\_\_\_\_  
in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Elisabeth  
Schütt, zur Diagnostik und Behandlung vorgestellt wird.**

**Unterschrift aller Sorgeberechtigter:**

**Mutter \_\_\_\_\_ Vater \_\_\_\_\_**

**andere Sorgeberechtigte \_\_\_\_\_**