

ANMELDUNG für

☐ **Tagesklinik**

☐ **Station**

Kind/Jugendliche(r)

Vor- und Nachname: geb.: Geschlecht:

Anschrift:

Festnetz: Mobil:

Kinderarzt: Krankenversicherung:

Kind lebt bei: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Adoptiveltern

☐ Pflegeeltern ☐ Wohngruppe/-heim

Wer lebt noch im Haushalt?

Sorgerecht: ☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Vormund (Name)

Aktuelle Klasse und Schule:

Hobbys/Interessen/Vereine:

Akute und chronische körperliche Erkrankungen:

Aktuelle Medikation:

Familie

Mutter: geb.: Beruf:

Vater: geb.: Beruf:

☐ Partnerschaft/verheiratet seit: ☐ Getrennt/geschieden seit:

Stiefmutter/-vater: geb.:

1. Geschwister: geb.: Klasse/Beruf:

2. Geschwister: geb.: Klasse/Beruf:

3. Geschwister: geb.: Klasse/Beruf:

4. Geschwister: geb.: Klasse/Beruf:



Sozialisation

Krabbelgruppe/Kinderkrippe: von: bis:

Kindergarten: von: bis:

Grundschule: von: bis:

Weiterführende Schule: von: bis:

Klassenwiederholungen: von: bis:

Lern- oder Schulschwierigkeiten

☐ Lese-/Rechtschreibschwäche ☐ Attest vorhanden ☐ Rechenschwäche ☐ Attest vorhanden

☐ Konzentrationsschwierigkeiten ☐ Prüfungsängste

☐ Extremer Arbeitseifer ☐ Mangelnde Motivation

☐ Häufiges Fehlen (seit):

☐ Sonstiges (z. B. Soziale Probleme):

Förderungen und Therapien

Logopädie: von: bis:

Ergotherapie: von: bis:

Psychotherapie: von: bis:

Klinikaufenthalte: von: bis:

Medikamente: von: bis:

Hilfen durch das Jugendamt: von: bis:

Entwicklungsgeschichte

Verlauf der Schwangerschaft:

Verlauf der Geburt: ☐ Frühgeburt in der Woche

Verlauf der ersten Wochen nach Geburt:

Krabbeln mit Monaten Laufen mit Monaten

Erste Worte mit Monaten Zweiwortsätze mit Monaten

Tagsüber nicht mehr eingenässt mit Monaten Nachts nicht mehr eingenässt mit Monaten

Einkoten bis zu Monaten

Auffälligkeiten im Säuglings-/Kleinkindalter:

Spielverhalten als Kleinkind:



Auffälligkeiten in der Entwicklungsgeschichte

Sehfehler.....	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Hörfehler.....	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Sprachstörungen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Bewegungsstörungen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Atemstörungen/Asthma	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Kopfschmerzen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Bauchschmerzen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Allergien	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Ein-/Durchschlafstörungen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Alpträume	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Auffälligkeiten im Essverhalten	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Über-/Untergewicht	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Stimmungsprobleme	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Ängste	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Sich aufdrängende, als sinnlos und quälend erlebte Gedanken	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Zwanghaftes Wiederholen von Handlungen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Unkontrollierte, rasche Bewegungen/Geräusche (Tics)	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Hören/Sehen/Fühlen von Dingen, die nicht da sind	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Gefühl bedroht/verfolgt/beobachtet zu werden	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Trotziges und aufsässiges Verhalten	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Fremdgefährdendes Verhalten	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Selbstverletzendes Verhalten	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Suizidgedanken/-handlungen	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Suchtverhalten	von: bis:	☐ aktuell bestehend
Weitere auffällige Verhaltensweisen		



Gründe zur Aufnahme in die Klinik

Was sind die wichtigsten Sorgen und Probleme bezüglich Ihres Kindes? Welche Probleme hat Ihr Kind?
Schildern Sie bitte Ihre wichtigsten Sorgen:

.....

.....

.....

.....

Wodurch wurden die Probleme Ihrer Meinung nach ausgelöst?

.....

.....

.....

.....

Gab/gibt es belastende Lebensereignisse (z. B. Trennungen, Unfälle, Tod, Umzüge, Streitereien)?

.....

.....

.....

.....

Was soll sich verändern?

.....

.....

.....

.....

Warum wünschen Sie eine teilstationäre/stationäre Behandlung in unserer Klinik?

.....

.....

.....

.....

Was könnte schwierig werden?

.....

.....