Bitte füllen Sie die folgenden Seiten sorgfältig und vollständig aus! DANKE!

Angaben zum Kin	id:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Telefon:	
E-Mail:	
	indertagesstätte / Schule, Klassenstufe/ Arbeitsstätte:
	t (Falls zutreffend):
(falls bekannt) Dier	nst-E-Mail:
Wenn das Kind far	nilienversichert ist, bei wem (hauptversichert)?
Kindesmutter	: (Krankenkasse):
Kindesvater:	(Krankenkasse):
Name des Kindera	arztes / Hausarztes:
Bei wem liegt das	Sorgerecht/ Vormundschaft?
Name des	Vormunds:Telefon:
Angaben zur Kind	lesmutter:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Schulabschluss:	erlernter Beruf:
jetzige Tätigkeit:	
Telefon:	E-Mail:
Angaben zum Kin	desvater:
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Schulabschluss:	erlernter Beruf:
jetzige Tätigkeit:	
Telefon:	E-Mail:
Andere wichtige E	Bezugspersonen (nur wenn zutreffend; z.B.: Lebenspartner:in):
Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Anschrift:	
Schulabschluss:	erlernter Beruf:
jetzige Tätigkeit:	
Telefon:	E-Mail:

Angaben zu Geschwistern

Was erwarten Sie von uns?

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad	Geburtsdatum	Schule/ Beruf
Falls das Kind in einer Betreuu l	ngseinrichtung (Heim, WC	G, usw.) lebt,	
Name und Anschrift der Einricht	tung:		
Bezugsbetreuer:	Telefo	on:	
Dienst-E-Mail:			
Beziehen Sie aktuell Hilfen vom	Jugendamt/ Sozialamt:	Ja Nein [In der Vergangenheit
Jugendamt / Fallmanager:in:			
Welche Form (Familienhilfe, Erz	ziehungsbeistand, Integratio	onshelfer,):	
Name:	······	Гelefon:	
Welches Problem hat ihr Kind	l?		
Welche Fragen haben Sie?			
Wer ist besorgt und warum?			

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine der folgenden Einrichtungen?	JA	NEIN
Integrativkindergarten, Integrativplatz im Kindergarten		
Sprachheilkindergarten		
Sprachheilschule		
Diagnose-Förder-Klasse (DFK)		
Körperbehindertenschule		
Förderschule / Förderzentrum		
Schule zur individuellen Lebensbewältigung		
Andere Einrichtung? Welche?		

Ist mit Ihrem Kind einer der folgenden Tests schon durchgeführt worden?	JA	NEIN
Entwicklungsstand-Test		
Intelligenz-Test / Leistungs-Test		
Konzentrations-Test		
LRS/ Dyskalkulie-Test		
Sprachentwicklungs-Test		
Andere Tests, Fragebögen? Welche?		

Ist Ihr Kind zuvor in Behandlung gewesen oder wird derzeit behandelt?	JA	NEIN	WER?	WANN?
Stationäre Behandlung Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Tagesklinik Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Fachambulanz Kinder- und Jugendpsychiatrie				
Kinder- und Jugendpsychiater:in (ambulant)				
Psychotherapie (ambulant)				
Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)				
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)				
Psychologische Beratungsstelle				
Schulpsychologischer Dienst				
Frühförderung				
Ergotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogische Behandlung				
Autismus-Ambulanz				
Andere Einrichtung / Therapie ? Welche ?				

Von wem wurde der Fragebogen a	nusgefüllt?	
Datum:	Unterschrift:	