

## Anmeldebogen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Praxis entschieden haben. Uns ist es wichtig gemeinsam mit Ihnen und Ihren Kindern zu arbeiten.

Nachdem Sie einen Termin zur Erstvorstellung erhalten haben, schicken wir Ihnen einen Anmeldebogen zu. Wir bitten Sie diesen vollständig ausgefüllt, sowie die Einverständniserklärung **beider** Sorgeberechtigter (bzw. Vormund) zur Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Praxis, so schnell wie möglich per Post oder per Fax zuzusenden. Bitte geben Sie auch Zeiten und Telefonnummer(n) an, zu denen wir sie **tagsüber** erreichen können.

Zunächst führen wir mit Ihnen und ihrem Kind ein Erstgespräch in unserer Praxis. Im Anschluss werden wir in der Regel weitere Termine zur Diagnostik mit Ihnen vereinbaren. Diese Gespräche können mit ihrem Kind allein, als Familiengespräch oder auch als Elterngespräch ohne Kind durchgeführt werden. Alle Diagnostiktermine dienen dazu herauszufinden, welche Maßnahmen hilfreich und indiziert sein können.

**Die Diagnostiktermine finden in aller Regel vormittags statt**, da die Kinder zum Einen für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen, und zum Anderen die Nachmittagstermine für regelmäßige Therapietermine genutzt werden müssen. Gelegentlich kommt es im Verlauf der Diagnostik durch neue Information zu Änderungen, in diesem Fall werden wir diese mit Ihnen absprechen.

Wir möchten Sie optimal unterstützen. Daher ist es zum Teil sinnvoll Kontakt zu anderen Bezugspersonen der Kinder- wie beispielsweise Lehrern- aufzunehmen. Dies findet nur mit einer schriftlichen Schweigepflichtentbindung durch Sie statt.

Wir besprechen die Erkenntnisse und Ergebnisse der Diagnostik mit Ihnen. Darüber hinaus wird ggf. die Notwendigkeit weiterer Maßnahmen besprochen.

**Sollten sie verhindert sein, einen Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie diesen Termin so früh wie möglich, jedoch spätestens zwei Werktage zuvor, absagen.** Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig oder nicht abgesagte Behandlungen in Rechnung zu stellen, da die Termine nur für Sie reserviert sind.

Mit freundlichen Grüßen,

Megan Merzkirch und Elena Prieb-Eisinger

## Fragebogen für die Eltern

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1. Welche Fähigkeiten hat Ihr Kind, und welche guten Eigenschaften bemerken Sie an ihm? Beispiel: Toleranz, Geduld, Beharrlichkeit, schulische Fähigkeiten, sportliche Leistungen, Kreativität usw.

2. Welche der genannten Fähigkeiten und Fertigkeiten beobachten Sie bei Ihrem Kind regelmäßig?

3. Welches sind günstige Umstände, dass ihr Kind seine Stärken zeigen kann?

- zu Hause?

- in der Schule?

4. Wann und wie bittet Ihr Kind Sie um Hilfe, damit es ein Problem lösen kann?

5. Wann, wo und bei wem fühlt sich ihr Kind wohl und entspannt?

6. Wie drückt Ihr Kind Freude und Zufriedenheit aus?

7. Was macht Ihrer Meinung nach Ihrem Kind im Moment die größten Sorgen?

8. Angenommen, Sie wollen mit Ihrem Kind ein hilfreiches Gespräch führen. Worauf achten Sie, und was können Sie wie beitragen?

9. In welchen Situationen zeigt/ zeigen sich das Problem Ihres Kindes am schwächsten oder vielleicht auch nur ein klein bisschen weniger als sonst? Bitte beschreiben Sie solche Situationen.

10. Welche Ihrer Vorgehensweisen und / oder Maßnahmen erachten sie zurzeit als besonders nützlich und hilfreich?

#### **Schule bzw. Arbeit**

1. Wann und auf welche Weise zeigt Ihr Kind gute Leistungen in der Schule?

2. Wann und auf welche Weise steigern sich die Leistungen Ihres Kindes in der Schule?

3. Welche Aufgaben für die Schule oder auch zu Hause erledigt Ihr Kind selbständig?

4. Wie bringen Sie Ihr Kind besonders gut dazu, dass es das tut, was Sie ihm aufgetragen haben?

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Kooperation!

## **Anamnesefragebogen**

### **I. Vorzustellendes Kind**

Vorname und Name des Kindes:

Geschlecht :                      Geburtsdatum:

Vorstellungsgrund (ggf. Rückseite verwenden):

Seit wann besteht die Symptomatik/bestehen die Schwierigkeiten?

Waren Sie bereits mit Ihrem Kind oder einem der Geschwister bei uns in Behandlung?  
(Name)

### **II. leibliche Eltern**

*Weitere Bezugspersonen (z. B. Stief-/Adoptiv-/Pflegeeltern): bitte zusätzlich Angaben auf Seite 2 (Punkt V)!!!*

#### **leiblicher Vater:**

Name und Vorname:                      Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:                      Staatsangehörigkeit:                      Beruf:

Schulabschluss:                      Arbeitgeber:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

ganztags erwerbstätig  teilzeitbeschäftigt  Schichtarbeit  Ausbildung/Umschulung

arbeitssuchend  Rentner  im Haushalt tätig  andere: \_\_\_\_\_

#### **leibliche Mutter:**

Name und Vorname:                      Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Schulabschluss:

Arbeitgeber:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- ganztags erwerbstätig  teilzeitbeschäftigt  Schichtarbeit  Ausbildung/Umschulung  
 arbeitssuchend  Rentner  im Haushalt tätig  andere: \_\_\_\_\_

### III. Geschwister (leibliche, Halb-/Stiefgeschwister)

Name, Vorname

geboren am

Schule/ Beruf

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

### IV. Lebens- und Wohnsituation des Kindes

Beziehungsstatus der **leiblichen** Eltern:

- verheiratet  zusammen lebend  getrennt lebend  
 geschieden  verwitwet

Sorgerecht:  Mutter  Vater  beide  Vormund

Derzeitige Wohnsituation: Bei wem lebt das Kind?

- Eltern  Mutter  Vater  Pflegeeltern  Adoptiveltern

sonstige: \_\_\_\_\_

- Wohngruppe (Name/Anschrift der Wohngruppe, zuständiger Betreuer)

\_\_\_\_\_

## V. weitere Bezugspersonen

Stiefvater  Adoptivvater  Pflegevater  Lebensgefährte der Mutter

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Schulabschluss:

Arbeitgeber:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

ganztags erwerbstätig  teilzeitbeschäftigt  Schichtarbeit  Ausbildung/Umschulung

arbeitssuchend  Rentner  im Haushalt tätig  andere: \_\_\_\_\_

Stiefmutter  Adoptivmutter  Pflegemutter  Lebensgefährtin des Vaters

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Schulabschluss:

Arbeitgeber:

Bitte zutreffendes ankreuzen:

ganztags erwerbstätig  teilzeitbeschäftigt  Schichtarbeit  Ausbildung/Umschulung

arbeitssuchend  Rentner  im Haushalt tätig  andere: \_\_\_\_\_

## VI. Vorerkrankungen des Kindes

Krankheiten / Unfälle / Allergien/Operation (Datum):

---

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten  nein  ja, welche?

---

Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?)

---

Behandelnder Kinder-/Hausarzt:

---

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor?  nein  ja

Wenn ja, wer/welche? \_\_\_\_\_

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor?  nein  ja

Wenn ja, wer/welche? \_\_\_\_\_

## VII. Kindergarten- und Schulbesuch

Krabbelgruppe  Tagesmutter  Kindergarten  Integrationskindergarten

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

Besuch im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahren

Welche Schulform besucht das Kind zurzeit?

Vorschule  Grundschule  Hauptschule  Realschule  Gymnasium  Gesamtschule

Förderschule  Berufsschule  Waldorfschule  Internat  Ganztagsbetreuung  Hort

Integrationsmaßnahme  sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_. Klasse

Schulbesuch:  regelrecht  \_\_ x wiederholt  Schulwechsel  suspendiert  Abbruch

übersprungen  zurück gestellt

## VIII. Entwicklung

### Schwangerschaft:

Wunschkind:  Ja  Nein

künstliche Befruchtung:  Ja  Nein

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften \_\_\_\_\_ davon \_\_\_\_ Fehlgeburten

\_\_\_\_ Totgeburten

Gab es darüber hinaus Schwangerschaftskomplikationen? Wenn ja, welche? (z. B. körperliche/seelische Belastungen)

---

### Geburt (bitte ggf. dem gelben Vorsorgeheft entnehmen):

in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche  spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke   
Zange

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtslänge: \_\_\_\_\_ Kopfumfang \_\_\_\_\_

Apgar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Gab es darüber hinaus Geburtskomplikationen? Wenn ja, welche?

---

Stillen:  Ja  Nein

### **Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr (mehrere Antworten möglich):**

- Exzessives Schreien  Ein-/Durchschlafstörungen  Blickkontakt vermeidend
- Fütter-/Gedeihstörungen  Körperkontakt vermeidend
- Auffallend störrisch durch laute Geräusche  Wenig Interesse an Umwelt



## **Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung**

### 1. Sprachentwicklung:

- unauffällig     verzögert     Aussprachefehler     grammatikalische Auffälligkeit
- geringer Wortschatz     Sprachverständnisschwierigkeiten

### 2. Motorik:

- unauffällig     verzögert     unsicher     ungeschickt     überaktiv
- wenig aktiv     Krabbeln mit \_\_\_\_ Monaten     Laufen mit \_\_\_\_ Monaten

### 3. Händigkeit: links rechts wechselnd

### 4. Hand-Fingermotorik:

- ungeschickt, verkrampft     wenig/kein gestaltendes Malen/Basteln

### 5. Sauberkeit:

- Trocken     am Tag seit \_\_\_\_\_     in der Nacht seit \_\_\_\_

nach dem 3. Lebensjahr:  Einnässen     Tag , wann \_\_\_\_     Nacht wann \_\_\_\_

- Einkoten     Tag    wann \_\_\_\_     Nacht, wann \_\_\_\_

### 6. Hörschwäche: Nein    Ja seit \_\_\_\_\_ HNO-/Pädaudiolog. Untersuchung ist erfolgt

### 7 Sehschwäche: Nein    Ja seit \_\_\_\_\_    Augenärztliche Untersuchung ist erfolgt

### 8 Krampfanfälle: Nein    Ja seit \_\_\_\_\_

### 9 Sozialisation: gut integriert    unter Gleichaltrigen wenig Freunde

- im Kindergarten/in der Schule isoliert

spielt eher mit:  Gleichaltrigen     Jüngeren     Älteren     Erwachsenen

### 10 Bindungsverhalten:

- Trennungsprobleme von Bezugspersonen     Schlafen im Bett der Eltern
- anderes \_\_\_\_\_     Schlafen im eigenen Bett

## IX. Sonstige Betreuung

Haben Sie schon Hilfen in Anspruch genommen? (Mehrfachnennung möglich)

Bitte geben Sie jeweils den Zeitraum „von-bis“ an, wann die Hilfe in Anspruch genommen wurde!

	Name	von-bis
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychotherapeut	_____	_____
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater	_____	_____
<input type="checkbox"/> Luisenlinik	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	_____	_____
<input type="checkbox"/> Frühförderung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	_____	_____
<input type="checkbox"/> Logopädie	_____	_____

(Bitte von den o. g. Institutionen jeweils den Bericht/ die Berichte mitbringen. Ggf. erhalten Sie die Berichte von Ihrem Kinderarzt)

<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	_____	_____
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sozialamt	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jugendamt	_____	_____
<input type="checkbox"/> schulpsychologischer Dienst	_____	_____

Zur telefonischen Absprache eines Termins erreichen Sie mich/uns zwischen 9.00-17.00 Uhr unter folgender Telefonnummer

\_\_\_\_\_

## **Einverständniserklärung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass mein Kind/mein Mündel

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum des Kindes:

in der kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis Elena Prieb-Eisinger und Megan Merzkirch,  
Zinzendorfplatz 4/1 in 78126 Königsfeld, diagnostiziert/behandelt wird.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, dass alle hierfür notwendigen  
Schweigepflichtentbindungen unterschrieben werden von (bitte zutreffendes Ankreuzen):

der Mutter     dem Vater     den Pflegeeltern     dem Bezugsbetreuer der  
Wohngruppe

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigter Vater/Vormund)

\_\_\_\_\_

(Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte Mutter/Vormund)

Sorgeberechtigter Vater/Vormund: Name des Unterzeichnenden (Vorname Name):

\_\_\_\_\_

Anschrift des Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer des Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte Mutter/Vormund: Name der Unterzeichnenden (Vorname Name):

\_\_\_\_\_

Anschrift der Unterzeichnenden (Straße, PLZ, Ort):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer der Unterzeichnenden: \_\_\_\_\_

## Fragebogen Krankenkasse

Art der Krankenkasse:                      Gesetzlich    o  
   Privat            o

Name des Hauptversicherten:

Adresse des Hauptversicherten (falls abweichend):

Name der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

## **Merkzettel**

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zum Vorstellungstermin mit:

- Krankenversicherungskarte des Kindes
- Überweisungsschein (nur, wenn Sie von Ihrem Kinderarzt/Hausarzt an uns verwiesen wurden) (gesetzliche Krankenversicherung)
- bei Privatversicherter der unterschriebener Behandlungsvertrag
- Berichte von Vorbehandlern z. B. bei Ergotherapie, Lerntherapie, Frühförderung, Krankengymnastik, Logopädie und durchgeführte ambulante/stationäre Maßnahmen im kinder- und jugend-psychiatrischen Bereich
- Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
- 2 aktuelle Schulzeugnisse (bei AD(H)S Diagnostik bitte mehrere)