

Dipl.-Psych. Catherine Kornmann
Psychologische
Psychotherapeutin
www.psychotherapie-undenheim.de
kornmann@psychotherapie-
undenheim.de
Tel. 06737 715 849-0
Fax. 06737 715 849-1

Erstauskunftsbogen

Allgemeine Angaben:

Bitte tragen Sie die folgenden Informationen ein.

Heutiges Datum:/...../.....

Name des Kindes: Geschlecht: w m

Geburtsdatum: Schulform: Klasse:

Straße:

PLZ, Ort:

Telefon beruflich:

Telefon privat:

Wann sind Sie telefonisch am besten erreichbar?

Darf ich mich mit Namen melden? Ja Nein

E-Mail:

Krankenkasse:

Anschrift der KK:

Behandelnder Hausarzt:

Anschrift des Hausarztes:

.....

Angaben zur Familie:

Namen der Geschwister:

Geburtsdatum:

Name der Mutter: Alter der Mutter:

Schulabschluss der Mutter:

Berufsabschluss der Mutter:

Mutter berufstätig: Ja Nein

Beschäftigt als: Seit wann?

Vollzeit Teilzeit

Name des Vaters: Alter des Vaters:

Schulabschluss des Vaters:

Berufsabschluss des Vaters:

Vater berufstätig: Ja Nein

Beschäftigt als: Seit wann?

Vollzeit Teilzeit

Wer hat das Sorgerecht?

Welcher Elternteil lebt aktuell mit dem Kind in einem Haushalt?

Leibliche Mutter Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter

Leiblicher Vater Stiefvater Adoptivvater Pflegevater

Wohnsituation der Familie:

Mietwohnung Eigentumswohnung gemietetes Haus eigenes Haus

Kind hat eigenes Zimmer Kinder teilen sich ein Zimmer

Fragen zum Kind:

Wie groß ist ihr Kind aktuell?cm Wie schwer ist ihr?kg

Wie ist der Gesundheitszustand ihres Kindes? kränklich robust gesund

Ist ihr Kind geimpft? Ja Nein

Hatte ihr Kind schon einmal eine schwerwiegende Krankheit?

.....

Hat ihr Kind irgendwann einen schweren Unfall erlitten?

.....

Hat ihr Kind eine chronische Krankheit (Asthma, Epilepsie, Diabetes, Neurodermitis)

.....

War ihr Kind schon einmal zu einem mehrwöchigen Aufenthalt in einer

Rehabilitationsklinik? Ja Nein

Wenn ja, waren sie dabei? Ja Nein

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung ihres Kindes?

Probleme in der Schwangerschaft (Frühgeburt, Kaiserschnitt, besonderer Stress während Schwangerschaft)

.....

Im ersten Lebensjahr (exzessives Schreien, schwer beruhigbar, Fütterprobleme)

.....

Entwicklungsverzögerungen (laufen, sprechen lernen,...)

.....

Andere Besonderheiten (Einnässen, Einkoten,...)

.....

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? (Komplikationen, Alkohol, Drogen, Zigaretten)

.....

Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Name	Dosierung	Indikation	Ärztlich verordnet
			Ja / Nein
			Ja / Nein
			Ja / Nein

Bitte schildern Sie in Stichworten den aktuellen Anlass der Kontaktaufnahme:

.....
.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Probleme?

Waren Sie deswegen schon in medizinischer und/oder psychotherapeutischer Behandlung?

Wo?

Wann?

Wie stark ist die Belastung durch das Problem aktuell?

- sehr stark stark mittelmäßig wenig gar nicht

In welchen Lebensbereichen wird ihr Kind besonders beeinträchtigt?

- Familie Schule / Ausbildung Freizeit/Hobbys

- Soziale Kontakte/Freunde Körperliche Gesundheit

Beschreiben Sie bitte, wann die Beschwerden Ihres Kindes erstmals auftraten und wie sie sich entwickelt haben:

.....
.....
.....
.....

