

Herzlich Willkommen !

Wir möchten Sie bitten, die Probleme Ihres Kindes möglichst detailliert zu schildern. Damit können wir die Situation Ihres Kindes besser beurteilen, schneller und zielgerichteter helfen!

Ausserdem bitten wir Sie um einige Angaben, die auf der Krankenversichertenkarte nicht enthalten sind. Alle Angaben sind freiwillig und selbstverständlich vertraulich entsprechend der DSGVO. Zum Datenschutz s.Aushang in der Praxis oder <https://kinderneurologe-soltau.de/datenschutz.html>

Ihr Kind:

Nachname Ihres Kindes: _____

Vorname(n): _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Daten von der Chipkarte der Krankenkasse Ihres Kindes:

Krankenkassennummer: _____

Versicherungsnummer: _____

Warum wollen Sie Ihr Kind bei uns vorstellen?

Wo liegt das Problem? Bitte unbedingt auch Kopien von Vorbefunden mit einreichen!

Falls Sie schon einen Termin zum Erstgespräch vereinbart haben bitte hier ankreuzen:

Kontaktadresse / Wohin soll die Post gehen, wer soll die Befunde erhalten:

Name/Vorname der Eltern

(oder Pflegeeltern / oder Jugendhilfeeinrichtung): _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Falls weitere Personen, getrennt lebendes Elternteil, Kindergarten, Klassenlehrerin, Vormund, Dienststellen des Jugendamtes den Befund erhalten sollen bitte auch diese Kontaktdaten:

Lebensumstände Ihres Kindes

Name der Mutter: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Beruf (erlernt): _____

Beruf (ausgeübt): _____ Ganztags Halbtags Stundenweise

Arbeitgeber: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____ Alter: _____

Beruf (erlernt): _____

Beruf (ausgeübt): _____ Ganztags Halbtags Stundenweise

Arbeitgeber: _____

Eltern verheiratet nicht verheiratet getrennt lebend geschieden

Sorgerecht für das Kind: bei den Eltern nur Mutter nur Vater

Anderer Sorgeberechtigter:

Ggf. bitte Angabe wer die medizinische Sorge hat:

Geschwister (bitte mit Alter und Geschlecht)

Wechsel der Unterbringung in der Vorgeschichte (Kurzpflegestellen / Heime / betreute Wohngruppen u.ä.)?

Nein Ja (wann, wo, warum?) Seit wann?

Pflegekind seit welchem Alter des Kindes:

Stärken Ihres Kindes

Was kann Ihr Kind besonders gut, was sind seine Stärken ?

Welche Charaktereigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind?

Was ist die liebste Freizeitbeschäftigung Ihres Kindes ? :

In welchem Sportverein ist Ihr Kind? :

Hat Ihr Kind feste Freunde? Ja, eher viele Ja, einige wenige Nein, leider keine

Wird Ihr Kind zu Geburtstagspartys eingeladen, werden seine Einladungen angenommen? Ja Nein

Ist Ihr Kind bei Großeltern/Verwandten gern gesehen? Ja Nein

Belastende Ereignisse oder Erkrankungen Ihres Kindes?

Gibt es besonders belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes

(Todesfälle, Trennung der Eltern, Anderes):

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung? Nein Wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? Nein Ja: %, Merkmale:

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe anerkannt bekommen? Nein Ja, Pflegestufe:

Erkrankungen in der Familie?

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern
besondere körperliche Erkrankungen vor? Nein Ja:

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern
seelische/psychische Erkrankungen oder Störungen vor? Nein Ja:

Gibt es Familienangehörige mit einem problematischen
Konsum von Alkohol, illegalen Drogen oder Anderem? Nein Ja:

Gibt es Familienangehörige mit
Lern-/ Entwicklungsstörungen in der Kindheit? Nein Ja:

Vorgeschichte / Bisherige Entwicklung

Normale, unkomplizierte Schwangerschaft und Geburt:

Ja

Nein, Schwangerschaftskomplikationen und/oder Geburtskomplikationen, und zwar:

Geburtsgewicht:g / Schwangerschaftswoche:

Besondere Belastungen in der Schwangerschaft, familiär, gesundheitlich, seelisch?

Nein

Wenn ja, welche:

Anmerkungen, andere Sorgen zu Schwangerschaft und Geburt?

Nein

Wenn ja, welche:

Bis zum ersten Geburtstag unauffällig:

Ja

Nein,

folgendes war auffällig:

verspätetes Drehen

verspätetes Sitzen

verspätetes Laufenlernen

Lautieren auffällig, kein La-La, Ma-Ma

Eß-oder Ernährungsstörung

Kontaktaufnahme auffällig

Anderes:

Bis zum zweiten Geburtstag unauffällig:

Ja

Nein,

folgendes war auffällig:

Laufen erst mit Monaten

Sprache erscheint verzögert, keine Zweiwortsätze mit 20 Mon.

Eß-oder Ernährungsstörung

Verhaltensauffälligkeit:

Anderes:

Kleinkind- und Kindergartenzeit unauffällig:

Ja

Nein,

folgendes war auffällig:

Bewegungsuntüchtigkeit (z.B. beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren):

Handungeschicklichkeit (z.B. beim Malen, Spielen, Bauen m.Bausteinen, Puzzeln):

Sprache (z.B. Wortschatz, Nachsprechen, Sätze, Erzählen) :

Unselbstständigkeit (z.B. beim An- u.Ausziehen, Essen, Waschen, kleine Aufträge):

Anderes:

Bisherige Kindergarten- und Schullaufbahn

Kindergarten von bis

Integrationskindergarten inals „I-Kind“ von bis

Sprachheilkindergarten in von bis

Heilpädagogischer Kindergarten in von bis

Von der Einschulung zurückgestellt Nein Ja, wegen:.....

In welche Schule geht Ihr Kind:

Welche Klasse:

Ggf. Name und Telefonnummer der Klassenlehrerin:

Schulische Fördermaßnahmen/Förderunterricht: Nein Ja, folgender

Schon Klassen wiederholt: Nein Ja

Nachhilfeunterricht? Nein Ja, bei

Lerntherapie? Nein Ja, bei

Wie alt war das Kind bei der Einschulung? _____ Jahre

Gibt es andere schulische Probleme? Wenn ja, welche:

Wieviele Stunden sieht Ihr Kind Fernsehen, spielt Playstation, Tablet etc:

.....

Hat Ihr Kind Symptome wie Einnässen oder Einkoten? Nein Ja

Möchten Sie noch etwas Ergänzendes mitteilen ?

Ggf. auch etwas was Sie vor Ihrem Kind nicht erwähnen wollen? Ggf.auch auf weiteren Blättern!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Liebe Eltern!

Um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden mit Therapeuten, Ärzten und anderen für Ihr Kind wichtigen Personen zu sprechen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie die untenstehende Erklärung auszufüllen.

Name Ihres Kindes mit Geburtsdatum:

Hiermit entbinden wir

Ja Nein

- vor- und mit- und weiterbehandelnden Ärzte
- nichtärztliche Behandler wie Ergotherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten
- Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiater
- Dienststellen des Gesundheits- und Jugendamtes
- Erzieher und Lehrer

unseres Kindes Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Praxisteam von KinderNeuro-Soltau, soweit es die Behandlung unseres Kindes erfordert.

Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen die erhobenen Befunde Ärzten und Therapeuten des Kindes mitgeteilt werden, wenn dies der Behandlung unseres Kindes dient.

Ja Nein

Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen wir die erhobenen Befunde an Ihre E-Mail Adresse zusenden, sowie Ihre E-Mail-Adresse zum Informationsaustausch mit Ihnen nutzen.

Ja Nein

Datum:

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

2. Unterschrift eines Sorgeberechtigten
bei getrennt lebenden Eltern

ggf. Unterschrift des Jugendamts-Vormund

Zum Datenschutz siehe Aushang in der Praxis oder <https://kinderneurologe-soltau.de/datenschutz.html>

Eine letzte Frage: Wie haben Sie zu uns gefunden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empfehlung des Haus-oder Kinderarztes | <input type="checkbox"/> Empfehlung von Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung der Schule | <input type="checkbox"/> Persönliche Empfehlung von Freunden |
| <input type="checkbox"/> Google/Internet | <input type="checkbox"/> Anderes: |

Bitte zusenden oder abgeben im

KinderNeuro Soltau

Lutz Krüger-Ruda

Walsroder Strasse 8

29614 Soltau

Tel: 05191-889 879 - 0

Fax: 05191-889 879 - 9

e-mail: info@kinderneurologie-soltau.de