



II. Kindergarten/Kinderkrippe

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Was für einen Kindergarten besucht Ihr Kind?

Regelkindergarten integrativer Kindergarten _____

Name des Kindergartens

Anschrift und Telefonnummer des Kindergartens

Seit wann besucht Ihr Kind den Kindergarten?

Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Hat es dort Freunde?

III. Schule

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Was für eine Schule und welche Klassenstufe besucht aktuell Ihr Kind?

Name der Schule

Anschrift und Telefonnummer der Schule

Hat Ihr Kind eine Klasse übersprungen, wiederholt oder die Schule gewechselt? Ja Nein

Wenn Ja, welche?



Wurde Ihr Kind zurückgestellt?

Ja

Nein

Wenn Ja, warum?

Wie sind die Schulleistungen insgesamt?

gut

mittel

schlecht

In welchem Fach ist Ihr Kind am besten?

In welchem Fach hat Ihr Kind Schwierigkeiten?

Ist bei Ihrem Kind eine Teilleistungsschwäche (z.B. Lese-Rechtschreibschwäche, Rechenschwäche) festgestellt worden?

Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben – Welche?

IV. Vorstellungsanlass

a. Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind in unserer Praxis vor?

b. Seit wann bestehen die Probleme?

c. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserer Praxis?



V. Gesundheitliche Probleme Ihres Kindes und ärztliche Betreuung

Neurologische Krankheiten (z.B. Epilepsie, Muskelerkrankungen, Kopfschmerzen oder Bewegungsstörungen)

Andere Krankheiten (z.B. Herz, Lunge, Niere, Bauch, Muskulatur und Gelenke, psychiatrische Erkrankungen, Allergien)

Werden derzeit Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Seit wann: _____

Grund der Verschreibung: _____

Name des/der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Seit wann: _____

Grund der Verschreibung: _____

Ist Ihr Kind in weiterer fachärztlicher Behandlung? Ja Nein

Weshalb und bei wem (Name und Telefonnummer)?

Krankenhausaufenthalte, Unfälle, Operationen



Welche Befunde/Berichte sind vorhanden?

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| Bericht HNO | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Bericht Neurologe | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Bericht Reha | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Bericht Krankenhaus | <input type="checkbox"/> vorhanden |
| Sonstige ärztliche Befunde/Berichte | <input type="checkbox"/> vorhanden |

Welche

! Bitte laden Sie ggf. Vorbefunde über unsere Homepage hoch oder bringen Sie diese zum Erstgespräch mit !

VI. Therapien und Vorbehandlungen

- | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Osteopathie | <input type="checkbox"/> Logopädie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> Musiktherapie | <input type="checkbox"/> ambulante Psychotherapie | <input type="checkbox"/> Frühförderung | |
| <input type="checkbox"/> Nachhilfe | <input type="checkbox"/> Förderkurse | <input type="checkbox"/> Einzelintegrationsmaßnahmen | |
| <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstellen | | | |
| <input type="checkbox"/> teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen | | | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | | |

! Bitte laden Sie ggf. Vorbefunde über unsere Homepage hoch oder bringen Sie diese zum Erstgespräch mit !

VII. Sozialrechtliche Versorgung und Hilfsmittel

Hilfsmittel

- | | | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Hörgeräte | <input type="checkbox"/> Orthesen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Gehhilfen |
| <input type="checkbox"/> Prothesen | <input type="checkbox"/> unterstützte Kommunikation: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | | | |

Pflegegeld Nein Ja Stufe 1 2 3

Schwerbehindertenausweis Nein Ja _____ % GdB Merkzeichen: _____



Vollzeit Teilzeit Hausmann erwerbslos berentet

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

Eltern leben zusammen getrennt

Kind lebt bei beiden Eltern Mutter Vater

Sonstiges: _____

Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht

Alleiniges Sorgerecht bei: _____

IX. Angaben zu anderen vertretungsrechtlichen Personen/Stellen

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Vormund Wohngruppe KJND Sonstiges

Seit wann?

In welcher Beziehung steht diese zu Ihnen?

Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten

Anschrift

Festnetz- und Mobilnummer

E-Mail-Adresse



X. Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG); Stiefgeschwistern (SG)
(führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an)

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Körperliche/psychische Probleme
--------------------------	--------------	---------------------------------

(1)

(2)

(3)

(4)

Wie viele Geschwister (auch HG und SG) leben im Haushalt? _____

XI. Sonstiges:

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme)

Beim Patienten:

Innerhalb der Familie:

Vielen Dank für das Ausfüllen unseres Eingangsanamnesebogens. Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Ihr Cooperando Team



Mit untenstehender Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass o.g. Angaben korrekt sind.

Ort und Datum

Unterschrift der Mutter / des Vaters/ des gesetzlichen Vertreters

Name in Druckbuchstaben: _____