



DR. HAN _ DR. ZEHLE
PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE UND - PSYCHOTHERAPIE

Empfehlung / Überweisung durch:

Warum stellen Sie Ihr Kind bei uns vor?

Angaben zum Kind

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße	Geburtsort
PLZ, Ort	Sorgeberechtigte <i>(Bitte ankreuzen)</i> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide
Krankenkasse	Kind ist versichert bei <i>(Bitte ankreuzen)</i> <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> selbst

Angaben zur Mutter

Angaben zum Vater

Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum	Geburtsdatum
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon <i>(Festnetz und Handy)</i>	Telefon <i>(Festnetz und Handy)</i>
Beruf	Beruf
O verheiratet / O zusammenlebend / O getrennt / O geschieden / O alleinerziehend / O verwitwet <i>(Bitte ankreuzen)</i> Seit <i>(Jahr)</i> :	

Geschwister *(auch Halb- und Stiefgeschwister)*

Name	Geburtsdatum

Ersatzeltern / betreuende Institution *(Bezugsperson / Fallführende JA, Tel.):*

Bisherige Hilfemaßnahmen *(Beratungsstelle, Ergotherapie, Logopädie etc.):*

BITTE WENDEN



Schwangerschaft / Geburt <i>(Komplikationen):</i>	
Stillen <i>(bis wann?):</i>	
Krabbeln <i>(ab wann?):</i>	
Laufen <i>(ab wann?):</i>	
Erste Worte <i>(ab wann?):</i>	
Sauber tags/nachts <i>(ab wann?):</i>	
Kindergarten <i>(Adresse, Erzieherin):</i>	
Grundschule <i>(Adresse):</i>	
Aktuelle Schule <i>(Name, Klasse, Lehrerin):</i>	
Schulform:	
Krankheiten:	
Anfallsleiden:	Allergien:
Aktuelle Medikamente:	
Unfälle / Verletzungen / Operationen:	
Kinderarzt/-ärztin:	
Psychotherapeut/in:	
Datum:	Ausgefüllt von: