



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 (Bitte ankreuzen) <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide
Krankenkasse	Kind ist versichert bei (Bitte ankreuzen) <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 (Festnetz und Handy)	Telefon (Festnetz und Handy)
Beruf	Beruf

0 verheiratet / 0 zusammenlebend / 0 getrennt / 0 geschieden / 0 alleinerziehend / 0 verwitwet (Bitte ankreuzen)
Seit (Jahr):

Geschwister (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Name	Geburtsdatum

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

BITTE WENDEN

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



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