Praxis für seelische Gesundheit im Kindes- und Jugendalter

Formular zur Anmeldung:

1. Warum wollen Sie Ihr Kind in unserer Praxis vorstellen?

_____

_____

2. **Hatte Ihr Kind Frühförderung?** Ja Nein
Grund? _____
Wann? von: _____bis: _____
Wo? _____

3. Bekam /bekommt Ihr Kind Logopädie / Ergotherapie? Ja Nein
Wann? von: _____ bis: _____
In welcher Praxis? _____
Wie viele Rezepte wurden bisher ausgestellt? _____
Die Therapie wurde beendet? Ja Nein
Durch die Eltern oder die Praxis? _____
Gibt es Befundberichte? Ja Nein

4. Hat/ hatte Ihr Kind eine Integrationshilfe in Kita/Schule? Ja Nein
Wann? von: _____ bis: _____
Ist diese beendet? Ja Nein
Durch die Eltern oder die Einrichtung? _____

5. War Ihr Kind schon in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Kinder- und Jugendpsychiatrie (Tageklinik oder vollstationär) oder in einem SPZ?
Ja Nein
Wo? _____
Wann? von: _____ bis: _____
Welche Empfehlungen gab es? Bitte erläutern
_____
Die Empfehlungen wurden umgesetzt? Ja Nein

6. Hatten/ haben Sie eine sozialpädagogische Familienhilfe? Ja Nein
Wann? von: _____bis_____

7. **War/ ist Ihr Kind in einer Jugendhilfeeinrichtung?** Ja Nein
Wann? von: _____bis_____
Wo? _____
Wurde die Maßnahme beendet? Durch wen? _____

Dr. med. Christian Kiefer
Lepperhammer 19
51766 Engelskirchen

Telefon: 0 22 63 / 92 90 20
Fax: 0 22 63 / 92 90 210

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Kto: 000 784 984 2
BLZ: 300 606 01