

Patientenname:
Mobilnummer/Privat:
Mobilnr. (bei über 16-Jährigen):
E-Mail:
Kinderarzt:

1. Aus welchem Grund wollen Sie Ihr Kind 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 (Tagesklinik 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? _____