



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und
-psychosomatik

PD Dr. med. Carola Bindt
Stellv. Klinikdirektorin

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Autismus-Ambulanz

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Gebäude West 35
Telefon: +49 (0) 40 7410-54585
bindt@uke.de

Sekretariat: Sarah Kickbusch
s.kickbusch@uke.de
Telefon: +49 (0) 40 7410-55113
Fax: +49 (0) 40 7410-52409

Anmeldebogen für Klein- und Vorschulkinder

I. Angaben zum Kind

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht

Anschrift

Festnetznummer und Mobilnummer

Emailadresse

Krankenversicherung

Staatsangehörigkeit

Behandelnder Kinderarzt/Kinderärztin

Verdachtsdiagnose (ggf. laut Überweisungsschein)

II. Angaben zu den Eltern und Geschwistern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

1. Mutter:

leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

Name und Vorname der Mutter		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Schulabschluss	Berufs-/Studienabschluss	derzeit ausgeübter Beruf	

Bitte Zutreffendes unterstreichen:

in Elternzeit, ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, erwerbslos, in Ausbildung/Studium bzw. Umschulung, berentet, im Haushalt tätig

Körperliche und/oder psychische Erkrankungen bei der Mutter:

2. Vater:

leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

Name und Vorname des Vaters		Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
Schulabschluss	Berufs-/Studienabschluss	derzeit ausgeübter Beruf	

Bitte Zutreffendes unterstreichen:

in Elternzeit, ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, erwerbslos, in Ausbildung/Studium bzw. Umschulung, berentet, im Haushalt tätig

Körperliche und/oder psychische Erkrankungen beim Vater:

Eltern leben

zusammen getrennt

Kind lebt bei

beiden Eltern Mutter Vater

Sonstiges: _____

Sorgerecht

Gemeinsames Sorgerecht

Alleiniges Sorgerecht bei: _____

3. Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name und Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Körperliche oder psychische Probleme
-----------------------------	--------------	--------------------------------------

1

2

3

4

5

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister), leben aktuell mit im Haushalt? _____

4. Schwerwiegende Ereignisse: Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld?

nein

ja

Wenn ja, diese: _____

III. Vorgeschichte

1. Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre
2. Geplante Schwangerschaft nein ja
3. Kinderwunschbehandlung nein ja _____
4. Schwangerschaftskomplikation nein
 ja, welche: _____

5. Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?
 körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend
 psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

6. Geburt in Schwangerschaftswoche: _____ Geburtsgewicht: _____
 Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____

7. Apgar-Werte (siehe gelbes Untersuchungsheft): ____/____/____

8. Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt
 nein
 ja
 beim Kind: _____
 bei der Mutter: _____

9. Geburtsmodus:
 Spontangeburt Vakuumextraktion Zangengeburt
 Geplanter Kaiserschnitt Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt

10. Dauer der Geburt: _____

11. Haben Sie als Mutter/Vater die Geburt als belastend erlebt?
 körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend
 psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

12. Wird/wurde das Kind gestillt?
 ja, wie lange _____
 nein, weil _____

13. Entwicklung im Kleinkindalter

a) Meilensteine der Entwicklung

- freies Sitzen mit _____ Monaten
- Laufen mit _____ Monaten
- Erste Worte mit _____ Monaten
- Erste Sätze mit _____ Monaten
- Tags trocken mit _____ Monaten
- Nachts trocken mit _____ Monaten

b) Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)

nein

ja, diese: _____

c) Körpermaße

derzeitige Körpergröße Ihres Kindes (bitte messen): _____

derzeitiges Gewicht Ihres Kindes (bitte wiegen): _____

d) Allergien

nein

ja, diese: _____

IV. Vorstellungsanlass

1. Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind in unserer Abteilung vor?

2. Was erhoffen Sie sich von einer Vorstellung in unserer Abteilung?

3. Gab es frühere Vorstellungen/Behandlungen/Beratungen (neben Kinderarzt/Kinderärztin) in Beratungsstellen, Praxen, Kliniken, Jugendamt oder ähnlichem?

nein ja

Wenn ja, wo, wann und aus welchem Grund: _____

4. Bekam oder bekommt Ihr Kind regelmäßige Behandlungen oder Therapien?

nein

ja

- | | | |
|--|------|------|
| <input type="radio"/> Logopädie | von: | bis: |
| <input type="radio"/> Ergotherapie | von: | bis: |
| <input type="radio"/> Heilpädagogik | von: | bis: |
| <input type="radio"/> Physiotherapie | von: | bis: |
| <input type="radio"/> Psychotherapie | von: | bis: |
| <input type="radio"/> Sonstiges: _____ | von: | bis: |

5. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein

ja, diese: _____

V. Betreuung außerhalb der Familie

1. Wird/wurde Ihr Kind außerhalb der Familie betreut?

nein

ja

bei/durch: _____

ab welchem Alter _____ Stunden pro Woche

2. Gab/gibt es dabei Probleme?

nein

ja

Wenn ja, diese: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!