



## Anmeldebogen zum Ersttermin

Datum: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf unsere  
Praxis aufmerksam  
geworden? \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum -Ort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Festnetz: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  
(privat/gesetzlich) \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Welche Sprache wird  
zu Hause gesprochen? \_\_\_\_\_

Deutschkenntnisse: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Mutter

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf | Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Sorgerecht: Nein:  Ja:

### Angaben zum Vater

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Telefon dienstlich: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Beruf | Arbeitszeit: \_\_\_\_\_

Sorgerecht: Nein:  Ja:

**weitere Angaben zur Mutter:**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Aktuelles Alter: \_\_\_\_\_  
Geburtsort und -Land: \_\_\_\_\_  
Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Ausbildung: \_\_\_\_\_  
Studium: \_\_\_\_\_  
erlernter Beruf: \_\_\_\_\_  
aktueller Beruf: \_\_\_\_\_  
Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_  
Körperliche  
Erkrankung/-en: \_\_\_\_\_  
  
Psychische  
Erkrankung/-en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**weitere Angaben zum Vater:**

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Aktuelles Alter: \_\_\_\_\_  
Geburtsort und -Land: \_\_\_\_\_  
Schulabschluss: \_\_\_\_\_  
Ausbildung: \_\_\_\_\_  
Studium: \_\_\_\_\_  
Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_  
Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_  
Wochenarbeitszeit: \_\_\_\_\_  
Körperliche  
Erkrankung/-en: \_\_\_\_\_  
  
Psychische  
Erkrankung/-en: \_\_\_\_\_  
  
Eltern leben  
zusammen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angaben zu den Geschwistern:**

Wie viele Geschwister  
leben im Haushalt?

---

Wer ist der/die Jüngste  
und wie alt?

---

Wer ist der/die Älteste  
und wie alt?

---

Gibt es Halbgeschwister?

---

Geschwisterkind 1  
Name, Alter, Schulform, Klasse

---

Geschwisterkind 2  
Name, Alter, Schulform, Klasse

---

Geschwisterkind 3  
Name, Alter, Schulform, Klasse

---

Geschwisterkind 4  
Name, Alter, Schulform, Klasse

---

Geschwisterkind 5  
Name, Alter, Schulform, Klasse

---

Schwierigkeiten im Verhalten  
in der Schule/Kindergarten  
der Geschwister oder  
untereinander?

---

Mit welchem Geschwisterkind  
kommt Ihr Kind am besten klar  
und warum?

---

Hat ein Geschwisterkind bisher  
psychiatrische Hilfe in  
Anspruch genommen, bzw.  
gab es Heimaufenthalte,  
Erziehungsberatungsstelle,  
Familienhelfer und wenn ja,  
welches Kind und weswegen?

---

**Aktueller Anlass der fachärztlichen Vorstellung:**

Welche Probleme  
bestehen aktuell bei  
Ihrem Kind?

---

Wie äußern sich diese?

---

Wem sind diese  
Probleme zuerst  
aufgefallen und in  
welchen Situationen  
tauchen sie auf?

---

Wie sehr belasten  
diese Probleme  
Ihr Kind?

---

Wie sehr belasten  
diese Probleme Ihr  
Familienleben  
bzw. Sie als Eltern?

---

Welche Hilfestellung  
erwarten Sie von uns?

---

**Eigenanamnese:**

Alter der Mutter bei der Geburt:

Wunschkind oder ungeplant?

Kam das Kind zum errechneten Termin?

Blutungen, Infektionen, Bluthochdruck, Unfälle, OP's, vorzeitige Wehen, Medikamenten-, Alkohol, Nikotin-, Drogeneinnahme, psychische Belastungen?

Geburtsverlauf:  
Dauer, Komplikationen, Kaiserschnitt, Beatmung, Neugeborenenikterus, Klinikaufenthalt in Tagen

Geburtsgröße, Geburtsgewicht, APGAR-Werte (s. Vorsorgeheft)

Als Säugling: Anfälle, Unruhe, Bewegungsarmut, Trinkarmut?

Wann konnte Ihr Kind krabbeln?  
(in Monaten)

Wann konnte Ihr Kind frei gehen?  
(in Monaten)

**Allgemeine medizinische Angaben:**

Leidet Ihr Kind an Krampfanfällen?  
Wenn ja, mit welcher Medikation  
(Bitte um Med-Namen und Dosis)  
und seit wann wird es von wem  
behandelt (Bitte um Angabe des  
Namen und Kontaktdaten des  
Arztes)

Gab es bisher Untersuchungen zur  
Seh- und Hörfähigkeit Ihres Kindes?

Gab es Operationen, Unfälle?

Gibt oder gab es körperliche  
Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein  
(welche, Dosierung und seit wann?)

Gab es Krankenhausaufenthalte?  
(wann und wo)

aktuelle Körpergröße:

aktuelles Körpergewicht:

Wann war Ihr Kind tagsüber trocken?

Wann war Ihr Kind nachts trocken?

Hat Ihr Kind erneut eingenässt,  
nachdem es schon trocken war?  
(Mit wie viel Monaten/Jahren)

Hat Ihr Kind nachdem es trocken  
war erneut eingekotet?

Wann konnte Ihr Kind die  
ersten Wörter sagen?

Wann konnte Ihr Kind die ersten  
1-, 2- und 3-Wortsätze sagen?

Haben Sie Auffälligkeiten bei der  
Sprachentwicklung Ihres Kindes  
bemerkt?

Wächst Ihr Kind 2-sprachig auf?  
Welche Sprachen und wie gut?

Ist Ihr Kind sehr empfindlich auf  
Geräusche? Fremde Menschen,  
Kinder? Dunkelheit?

Fällt Ihnen eine besondere  
Ängstlichkeit Ihres Kindes  
auf und wann?

Wie geschickt ist Ihr Kind bei der  
Fein-und Grobmotorik?

Seit welchem Lebensjahr kann  
Ihr Kind Lesen?

Seit welchem Lebensjahr kann Ihr Kind Schreiben?

Seit welchem Lebensjahr kann Ihr Kind Rechnen?

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht oder erhält Nachhilfe?

Besuch der Kita ab wann?

Besuch der Vorschule ab wann und wo?

Regelrechte Einschulung oder vorher/nachher?

Besuch der Schule ab wann und wo?

Aktueller Schulbesuch Klasse, Schulform, wo?

Gab es in der Schullaufbahn auffälliges Absacken nach Umzügen, Trennungen, Scheidungen, Problemen in der Familie, Tod von Angehörigen, Freunden, Mobbing

Welche Form von Behandlung hat Ihr Kind bisher erfahren? (Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik nach Bobath oder Vojta, Heilpädagogik, pädagogische Frühförderung, testpsychologische Untersuchungen) und mit Ergebnissen?

Bisherige ambulante oder stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie-Behandlung (wann und wo)?

Bisherige Kontakte zum SPZ, SPV-Praxen?

Besucht Ihr Kind den Förderunterricht oder erhält Nachhilfe?

**Angaben zur Freizeit Ihres Kindes:**

Welche Hobbys pflegt Ihr Kind?

Spielt Ihr Kind ein Instrument  
(welches und wie gut)?

---

Hat Ihr Kind in der Schule und  
Freizeit Freundschaften, die es  
regelmäßig pflegt?

---

Trifft sich Ihr Kind eher mit  
Jüngeren oder Älteren?

---

Wieviel TV, PC, Gameboy,  
Rollenspiele konsumiert Ihr Kind  
pro Tag in Stunden?

---

Hat Ihr Kind bereits Schulden?

---

War Ihr Kind schon mal straffällig  
bzw. kam mit dem Gesetz in Konflikt?

---

---





## Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, meinen Sohn/meine Tochter,

---

geb.\* \_\_\_\_\_ durch Fr. Dr. med. Olga Stankovic-Dahmen behandeln zu lassen.

Das Sorgerecht liegt zu \_\_\_\_\_% bei der Kindesmutter und zu \_\_\_\_\_% beim Kindsvater.

### Bitte ankreuzen!

Mit einem Kreuzchen (X) geben Sie Ihr Einverständnis zur Art der Behandlung.

Art der Behandlung	Kindesmutter	Kindsvater
allgemeine Behandlung (Erst-und Wiedervorstellungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medikamentöse Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit Ihrer Angaben.

---

Name, Vorname **Kindesmutter** (sorgeberechtigt)

Datum, Unterschrift

---

Name, Vorname **Kindsvater** (sorgeberechtigt)

Datum, Unterschrift



## Erklärung zur Ausfallgebühr

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die Behandlungen erfolgen also nur nach vorheriger Terminabsprache. Die vereinbarte Behandlungszeit wird ausschließlich Ihnen bzw. Ihrem Kind vorbehalten, wodurch lange Wartezeiten vermieden werden sollen.

Wenn Sie oder Ihr Kind einen Termin nicht wahrnehmen können, **sagen Sie bitte 24 Stunden vorher ab**, damit wir die vorgesehene Zeit noch anderweitig verplanen können.

Außerhalb der Sprechzeiten sowie in Einzelfällen haben wir einen Anrufbeantworter geschaltet, auf dem Sie gerne eine Nachricht hinterlassen können.

**Erfolgt keine Terminabsage entsteht eine Ausfallgebühr von 30 €**, die Ihnen in Rechnung gestellt wird. Dieses Ausfallhonorar haben Sie, unabhängig von der Art der Versicherung, selbst zu zahlen. Eine Kostenerstattung durch die private, gesetzliche Krankenkasse oder Beihilfe findet in diesem Fall nicht statt.

Hiermit bestätige ich die Erklärung zur Kenntnis genommen zu haben.

---

Unterschrift Sorgeberechtigter

Sehr geehrte Eltern,

endlich ist es geschafft!

Nicht nur wir als Untersucher, sondern auch Sie als Eltern und vor allem Ihr Kind werden diese effektive Zeitersparnis bei den Terminen bemerken und von ihr profitieren.

Bitte vergewissern Sie sich, daß Sie alles wahrheitsgemäß ausgefüllt haben und beide Sorgeberechtigten von allen Terminen bei uns wissen.

**Wir danken herzlich für Ihre Mühe!**

Mit freundlichen Grüßen  
Ihre Praxis Dr. med. Olga Stankovic-Dahmen