

Anmeldebogen für Jugendliche

Personenbezogene Daten

Name:

Geburtstag:

Geburtsort:

Geburtsstunde:

Adresse

Telefon

Email:

Krankenkasse

Behandelnde KinderÄrztin/Arzt

Möchtest Du, dass ein Befundbericht dorthin geschickt wird?

Ja

Nein

Empfehlung durch wen?

Wer hat das Sorgerecht für Dich? (bitte bei der Adresse beachten)

Warst Du früher ein Mal in Therapie bzw. bist Du aktuell in KJP-Behandlung?

Ja

Nein

Mutter

Vater

Name:

Geburtstag:

Geburtsort:

Erlerner Beruf:

Tätig als:

Körperliche
Erkrankung:

Psychische
Erkrankung:

Geschwister

geboren in

Gibt es Familienmitglieder (z.Bsp. Großeltern, Onkel und Tante) zu denen Du eine besondere Beziehung hast?

Fragen zur Schule

Welche Schule besuchst Du aktuell?

Gibt es in der Schule aktuelle Probleme?

Ja

Nein

Wenn ja, welche

Bist Du mit der Schule zufrieden?

Ja

Nein

Wann und auf welcher Schule war Deine Einschulung?

Erinnerst Du Dich an Probleme?

Ja

Nein

Wie sind Deine Schulleistungen?

Bist Du mit Ihnen zufrieden?

Ja

Nein

Wo hast Du besondere Stärken, Interessen und Begabungen? Z.Bsp. Lieblingsfächer

Wo hast Du Deiner Meinung nach Schwächen?

Zu Deiner frühen Entwicklung

Alter der Mutter und des Vaters bei der Geburt: Mutter

Vater

Gab es besondere Vorkommnisse während der Schwangerschaft?

Gab es um die Geburt herum besondere Vorkommnisse?

Für die Antworten der kommenden Fragen, besprich Dich am Besten mit Deinen Eltern

Geburtsgewicht:

kg

Stillen:

Monate

Freies Sitzen mit

Monaten

Laufen mit

Monaten

Erste Worte mit

Monaten

Erste Sätze mit

Jahren

Tag und Nacht sauber mit

Jahren

Besonderheiten im Schlafverhalten

Besonderheiten im Essverhalten

Vorerkrankungen

Krankheiten:

Unfälle:

Krankenhausaufenthalte / Kuren:

Aktuelle Medikamente:

Aktuelle körperliche Beschwerden:

Anlass zur Vorstellung bei mir

Was ist der aktuelle Anlass, warum Du mich aufsuchen möchtest:

Bitte beschreibe kurz die Art der Schwierigkeiten und seit wann sie bestehen:

Hast Du eine Erklärung für die Schwierigkeiten?

Hast Du bereits andere Behandlungsversuche unternommen?

Ja

Nein

Ggf. Name und Adresse der Klinik oder Praxis

Hast Du noch ergänzende Mitteilungen oder Informationen?

Vielen Dank für Deine Zeit!

Hamburg, den