

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? \_\_\_\_\_