

<b>Kind</b>			
Vorname & Name:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Adresse:			
Telefon:			
Email:			
Die lieblichen Eltern sind...	verheiratet <input type="radio"/>	getrennt lebend <input type="radio"/>	geschieden <input type="radio"/> sonstige <input type="radio"/>
<b>Mutter</b>			
Vorname & Name:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Adresse:			
Telefon:			
Email:			
erlernter Beruf:			
berufliche Tätigkeit:			
alleinerziehend?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
<b>Vater</b>			
Vorname & Name:			
Geburtsdatum:			
Geburtsort:			
Adresse:			
Telefon:			
Email:			
erlernter Beruf:			
berufliche Tätigkeit:			
alleinerziehend?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		
<b>Sorgerecht</b>	gemeinsam <input type="radio"/>	Mutter <input type="radio"/>	Vater <input type="radio"/> andere Sorgeberechtigte <input type="radio"/> (bitte angeben unter*)
*Vorname & Name:			
*Adresse:			
*Telefon:			
*Email:			
<b>Geschwister</b>			
Vorname:	Geburtsdatum:	Schulform:	Klasse:

<b>Warum möchten Sie Ihr Kind vorstellen?</b>	
Seit wann bestehen ungefähr die Schwierigkeiten? _____	
<b>Haben Sie wegen der oben genannten Probleme schon vorher Hilfe gesucht?</b> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja, wo (bitte Institution, Name, Ort, Vorstellungsjahr angeben)?	
<b>Welche Förderungen/Therapien hat Ihr Kind bislang und wann erhalten?</b>	
Ergotherapie:	_____
Logopädie:	_____
Krankengymnastik:	_____
Psychotherapie:	_____
andere Therapien:	_____
<b>Ab wann konnte ihr Kind...</b>	<b>Ab welchem Alter war Ihr Kind...</b>
...Krabbeln? _____	...trocken? _____
...Laufen? _____	...sauber? _____
...erste Worte sprechen? _____	...mit anderen Kindern befreundet? _____
...Sätze sprechen? _____	...im Kindergarten / Kita? _____
<b>Schulbesuch</b>	
Alter bei Schuleintritt: _____	Klassenwiederholungen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
aktuelle Schulform: _____	aktuelle Klasse: _____
Lieblingsfächer: _____	
Erfogte ein Schulwechsel? _____	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, warum? _____	
<b>Hobbys &amp; Stärken</b>	
aktuelle Hobbys: _____	
frühere Hobbys: _____	
Was schätzen Sie ganz besonders an ihrem Kind? _____	

Wer hat diesen Bogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

Ich bin/Wir sind einverstanden, dass mein/unser Kind, \_\_\_\_\_, in der  
 Facharztpraxis für Kinder- & Jugendpsychiatrie &-psychotherapie bei Dr. med. Nicole Nelles vorgestellt wird.

\_\_\_\_\_