

Persönliche Angaben Kind

Adresse

Name:	Geb.datum:
Vorname:	Telefon:
Strasse:	
PLZ:	Ort:
Mutter	Vater
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Adresse:	Adresse:
Tel. privat:	Tel. privat:
Tel. Geschäft:	Tel. Geschäft:
Handy:	Handy:

Hausarzt

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ – Ort:

Vor- / Mitbehandelnde, Überweisende

Befindet sich Ihr Kind aktuell oder befand es sich in letzter Zeit anderweitig in Behandlung (Arzt/Ärztin, Physiotherapeut/in, andere/r Psychotherapeut/in, komplementärmedizinische Behandlung usw.)?

Falls ja, geben Sie bitte an, bei wem:

Vor- / Mitbehandelnde/r 1:

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ – Ort:
Berufsbezeichnung:	Tel.:

Vor- / Mitbehandelnde/r 2:

Name:	Strasse:
Vorname:	PLZ – Ort:
Berufsbezeichnung:	Tel.:

Kostenträger

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eigenfinanzierung | <input type="checkbox"/> Krankenkasse Zusatzversicherung |
| <input type="checkbox"/> Behörde | <input type="checkbox"/> Andere Kostenträger |
| <input type="checkbox"/> IV | |

Allgemeine Angaben

Nationalität: _____ Muttersprache: _____
Konfession: _____

Wohnsituation

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kind lebt mit beiden Elternteilen | <input type="checkbox"/> Kind lebt in Pflegefamilie |
| <input type="checkbox"/> Kind lebt bei Mutter | <input type="checkbox"/> anderes: |
| <input type="checkbox"/> Kind lebt bei Vater | |

Familiäre Situation

Jahrgang der Mutter: _____ Jahrgang des Vaters: _____
Beruf der Mutter: _____ Beruf des Vaters: _____
Anzahl und Jahrgang der Geschwister: _____

Kommen psychische oder schwere körperliche Probleme in der Familie vor?

- Ja Nein

Wenn ja, welche/s Familienmitglied/er:
Art der Probleme:

Frühere Behandlungen

Wie häufig war Ihr Kind im letzten Jahr in ambulanter Behandlung bei einem Arzt:
Wie viele Tage war Ihr Kind im letzten Jahr in einem Spital:

War Ihr Kind schon einmal in ambulanter psychologischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn Ja: Wann:
Therapeut/in: Psycholog/in Psychiater/in
Dauer:
Anzahl Sitzungen:
Anlass:

2. Behandlung: Wann:
Therapeut/in: Psycholog/in Psychiater/in
Dauer:
Anzahl Sitzungen:
Anlass:

War Ihr Kind schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?

Ja Nein

Wenn Ja: Wann:
Dauer:
Name der Klinik:

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn Ja: Medikament: Dosis:
Wie häufig:
Gegen welche Symptome:

Medikament: Dosis:
Wie häufig:
Gegen welche Symptome:

Medikament: Dosis:
Wie häufig:
Gegen welche Symptome:

Medikament: Dosis:
Wie häufig:
Gegen welche Symptome: