

Persönliche Angaben Kind

Adresse

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ:

Geb.datum:

Telefon:

Ort:

Mutter

Name:

Vorname:

Adresse:

Vater

Name:

Vorname:

Adresse:

Tel. privat:

Tel. Geschäft:

Handy:

Tel. privat:

Tel. Geschäft:

Handy:

Hausarzt

Name:

Vorname:

Strasse:

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:

Vorname:

Berufsbezeichnung:

Strasse:

PLZ – Ort:

Tel.:

Vor- / Mitbehandelnde/r 2:

Name:

Vorname:

Berufsbezeichnung:

Strasse:

PLZ – Ort:

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:
Konfession:

Muttersprache:

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

Beruf des Vaters:
Jahrgang des Vaters:
Beruf der Mutter:
Jahrgang der Mutter:
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: