

Luisenlinik
Abteilung für Kinder- und
Jugendpsychiatrie/-psychotherapie
Luisenstr. 56
78073 Bad Dürkheim

ANMELDUNG zur ambulanten/stationären Untersuchung/Behandlung

I. Vorzustellendes Kind

Name und Vorname des Kindes	Geschlecht
-----------------------------	------------

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Telefon	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---------	--------------	---------------------

Sorgerecht:

leiblicher Vater leibliche Mutter Amtsvormund Pflegeeltern

andere(r): _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

II. Eltern und Geschwister

1. **Vater:** leiblicher Vater Stiefvater Adoptivvater Pflegevater

anderer: _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Vorname

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Telefon	Geburtsdatum	Staatsangehörigkeit
---------	--------------	---------------------

Schulabschluss	Beruf
----------------	-------

Bitte zutreffendes unterstreichen: ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, arbeitslos, in Ausbildung bzw. Umschulung, Rentner, im Haushalt tätig.

2. **Mutter:** leibliche Mutter Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter

anderer: _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Vorname

Anschrift (Straße, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Telefon

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

Beruf

Bitte zutreffendes unterstreichen: ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, arbeitslos, in Ausbildung bzw. Umschulung, Rentnerin, im Haushalt tätig.

3. **Leibliche Geschwister** (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

	Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

III. Lebens- und Wohnsituation des Kindes

1. Leben beide leiblichen Elternteile (zutreffendes bitte unterstreichen)? Beide leben, Vater gestorben, unbekannt hinsichtlich Vater, Mutter gestorben, unbekannt hinsichtlich Mutter, beide gestorben, unbekannt hinsichtlich beider Eltern.
2. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (zutreffendes bitte unterstreichen): Leben zusammen, getrennt/geschieden, durch den Tod getrennt, haben nie zusammengelebt.
3. Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zur Zeit mit ... (zutreffendes bitte unterstreichen) leiblicher Mutter, Stiefmutter, Adoptivmutter, Pflegemutter, Großmutter, sonstiger Ersatzmutter, keiner Mutter, leiblichem Vater, Stiefvater, Adoptivvater, Pflegevater, Großvater, sonstiger Ersatzvater, keinem Vater, leiblichen Geschwistern, Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern, sonstige Ersatzgeschwistern, keinen Geschwistern.
4. Sonstige Wohnsituation (zutreffende bitte unterstreichen): stationäre Jugendhilfe, Reha-/Therapieeinrichtung, wohnt allein, in Ehe/ mit Partner(in), Notunterkunft, kein fester Wohnsitz.
5. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen): _____.
6. Stellung in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie (zutreffende bitte unterstreichen): Einzelkind, jüngstes Kind, mittleres Kind, ältestes Kind, lebt nicht in einer Familie.

IV. Vorstellungsgrund: Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie geklärt haben?

V. Vorgeschichte

1. In welchem Krankenhaus wurde das Kind geboren/Hausgeburt? _____

Name und Anschrift des Krankenhauses

Nachname der Mutter bei der Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt

2. Gab es Schwangerschaftskomplikationen und wenn ja, welche: _____

3. Geburtsgewicht: _____g

Geburtslänge: _____cm

4. Gab es Komplikationen bei oder nach der Geburt und wenn ja, welche: _____

5. Entwicklung im Kleinkindesalter: Freies Sitzen mit ___ Monaten Laufen mit ___ Monaten

Erste Worte mit __Monaten Erste Sätze mit __Monaten Tag und Nacht sauber mit __Jahren

6. Vorerkrankungen

a. Kinderkrankheiten: _____

b. Unfälle (welcher Art, wann?): _____

c. Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): _____

d. Wer ist der behandelnde Hausarzt? _____

Name und Anschrift

VI. Kindergarten- und Schulbesuch

1. Wird/wurde Ihr Kind in einer der folgenden Einrichtungen betreut (zutreffendes bitte unterstreichen)?: Krippe, Krabbelstube, Kindergarten, Kinderhort, Sonderkindergarten, Hort für Verhaltensgestörte oder Behinderte, unbekannt,

andere: _____

Besuch von _____ bis _____ (Datum)

Name und Anschrift der Einrichtung

2. Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

4. Wann und wo wurde ihr Kind eingeschult? _____

5. Gab es Probleme bei der Eingewöhnung in den Schulalltag?

5. Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind zur Zeit? _____

_____ Klassenstufe: _____

Name und Anschrift der Einrichtung

6. Welcher Lehrer/Ausbilder kann Auskunft geben? _____

7. Schul-/Ausbildungsbesuch (bitte zutreffendes unterstreichen): regelrecht, einmal wiederholt, mehrmals wiederholt, umgeschult, Wiederholung und Umschulung, Abbruch.

VII. Sonstige Betreuung

1. Wird/wurde Ihr Kind in einem Heim betreut? _____

Name, Anschrift und Datum (von-bis)

2. Wurden/werden Sie von einem/einer Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischen Dienst oder einer Erziehungsberatungsstelle betreut?

Name, Anschrift und Datum (von-bis)

VIII. Aufnahmebedingungen

1. Bei welcher Krankenkasse und durch wen ist Ihr Kind versichert: _____

Name der **Krankenkasse**

Versicherter

Versicherungs-Nummer (Daten stehen auf der Versichertenkarte)

Kassen-Nummer

2. Wie oft wurde Ihr Kind schon bei uns vorgestellt und wann fand die erste Vorstellung bei uns statt?

3. Wie oft wurde Ihr Kind schon bei uns behandelt und wann fand die erste Behandlung statt?

4. Gab es frühere Vorstellungen/Behandlungen wegen psychischer Auffälligkeiten Ihres Kindes bei anderen Institutionen, Psychiatern oder Psychologen?

Name und Anschrift

5. Wird Ihr Kind gegenwärtig wegen psychischer Auffälligkeiten bei anderen Institutionen, Psychiatern oder Psychologen behandelt?

Name und Anschrift

6. Gab es bisher psychiatrische Erkrankungen in der Familie und wenn ja, welche und bei wem:

7. Andere Erkrankungen in der Familie (welche bei wem?):

8. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein und wenn ja, welche?

9. Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung und wenn ja, welche?

10. Hat Ihr Kind Allergien und wenn ja, welche?

11. Pflegegrad vorhanden, wenn ja, welcher?
