

Psychotherapie
für Kinder und Jugendliche

Dr. med. Klaus Baumann

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



Dieses Blatt können Sie / kannst Du als Erinnerungshilfe verwenden:

Es wurde folgender Termin vereinbart:

Datum Uhrzeit:

Bei Verhinderung bitte rechtzeitig Bescheid sagen:

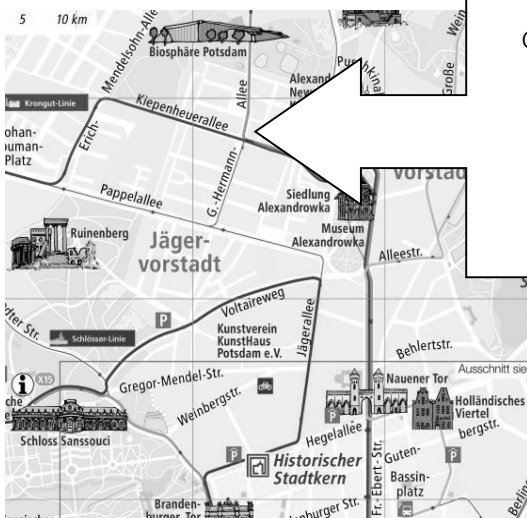
Tel. 0331 / 273 46 790

So erreichen Sie / erreichst Du die Praxis

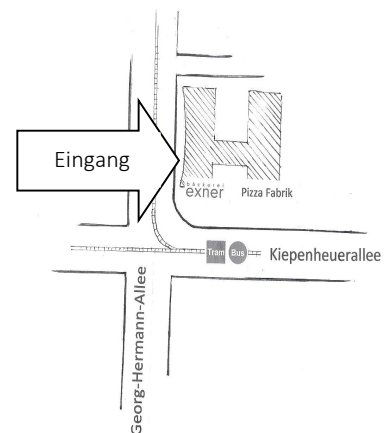
Straßenbahnlinien 92 und 96 - Haltestelle Campus Fachhochschule

Gebührenfreie Parkplätze am Straßenrand sind vorhanden

Weitere Informationen: therapieraum-potsdam.de



Georg – Hermann – Allee 26
14469 Potsdam, 3. Etage



Bitte mitbringen:

- Anamnesebogen (siehe unten)
- elektronische Gesundheitskarte
- ggf. Vorbefunde
- ggf. Erklärung des nicht anwesenden Sorgeberechtigten (siehe unten)
- ggf. Kalender / Stundenplan Ihres Kindes für weitere Termine

Anamnesebogen

Falls auf diesem Bogen der Platz nicht ausreicht, bitte auch die Rückseite verwenden.

.....
Foto Ihres Kindes,
falls zur Hand
.....

Ausgefüllt von:

Ich wurde auf Sie aufmerksam durch / empfohlen von:

Vor- und Nachname des Kindes

Grund der Vorstellung / aktuelle Probleme

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wann etwa begannen die Auffälligkeiten / Probleme?

Sozialverhalten

Beschreiben Sie bitte die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern (z.B. unauffällig, wenig Freunde etc.)

.....

Angaben zum Medienkonsum:

Schule / Lernverhalten

Einschulung im Alter von Jahren

Von Klasse bis Schulart: Ort:

Von Klasse bis Schulart: Ort:

Von Klasse bis Schulart: Ort:

Wie schätzen Sie den Leistungsstand ein?

Beim Lern- und Arbeitsverhalten gibt es folgende Auffälligkeiten (falls nicht schon oben beschrieben):

.....

Bestehen Fördermaßnahmen? Besteht ein Nachteilsausgleich? Sind Teilleistungsstörungen bekannt?

.....

Körperliche Entwicklung / Krankheiten ☐ **jeweils unauffällig**

Es bestehen folgende schwerwiegende / chronische körperliche Erkrankungen / Unverträglichkeiten:

.....

Regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Name / Wirkstoff / mg	Einnahme seit	Verordner	Wirksamkeit? Nebenwirkungen?

Bisherige Hilfen

Jahr / seit	Welche Hilfe (Frühförderung, Ergo-, Physiotherapie, Erziehungsberatung, Familienhilfe, Einzelfall- / Schulhelfer, Psychotherapie, Tagesklinik, Vollstationär, etc.	Welche wesentlichen Befunde wurden erhoben? Welche Diagnose wurde gestellt?

Schwangerschaft und Geburt ☐ **jeweils unauffällig**

Wunschkind ☐ ja ☐ nein ggf. Bemerkungen hierzu

Es gab folgende Besonderheiten / Komplikationen / während der Schwangerschaft / bei der Geburt:

.....

Frühkindliche Entwicklung ☐ **jeweils unauffällig**

Bei der Entwicklung (Motorik - Sprache - Sauberkeit) kam es zu folgenden Besonderheiten:

.....

Es kam zu folgenden Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter / im Kindergarten:

.....

Ressourcen:

Was kann Ihr Kind besonders gut? / Interessen? / Hobbys? / Vereinszugehörigkeit?

.....

.....

.....

Angaben zur Familie

Sorgeberechtigt: ☐ beide Elternteile ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ andere:
☐ Eltern leben zusammen ☐ verheiratet ☐ getrennt seit (Jahr) Kind lebt bei

Telefonische Erreichbarkeit (wer?):

Name der *Mutter*: Geburtsdatum (Jahr)
 Geburtsland: Wohnort (wenn abweichend)
 Ausbildung:
 Derzeitige Tätigkeit:
 Schwerwiegende Belastungen / Krankheiten:
 Ressourcen:

Name des *Vaters*: Geburtsdatum (Jahr)
 Geburtsland: Wohnort (wenn abweichend)
 Ausbildung:
 Derzeitige Tätigkeit:
 Schwerwiegende Belastungen / Krankheiten:
 Ressourcen:

Geschwister

Name	Alter	Besonderheiten	Verwandtschaftsverhältnis (anderer Vater/ Mutter?)

Gibt es Beziehungsbesonderheiten zwischen den Familienmitgliedern (z.B. gute / schlechte Bündnisse, Rivalitäten, Aggressionen, etc.)?

.....

Welche Stärken / Ressourcen tragen die Familie?

.....

Welche Erwartungen haben Sie?

.....

.....

.....

Vielen Dank!



Einverständniserklärung

(für nicht persönlich erscheinende Sorgeberechtigte)

Hiermit erkläre ich mich als Vater / Mutter / Vormund damit einverstanden, dass mein Kind / Mündel

.....

(Name, Geburtsdatum)

bei Herrn Dr. med. Klaus Baumann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, behandelt werden darf.

.....

(Ort, Datum)

.....

Unterschrift