





### Probleme / Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte **kurz** die aktuellen Probleme, seit wann bestehen diese?

### Untersuchungen / Beratungen

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter / stationärer Behandlung?

ja

nein

| Wann? | Wo? | Warum? |
|-------|-----|--------|
|       |     |        |
|       |     |        |
|       |     |        |
|       |     |        |
|       |     |        |

Bestehen körperliche Erkrankungen / Allergien bei Ihrem Kind

ja

nein

Wenn ja, welche und seit wann?

Erhält Ihr Kind Medikamente?

ja

nein

Wenn ja, welche und seit wann?

### Schwangerschaft / Geburt

Gab es während der Schwangerschaft Probleme, wenn ja welche?

Gab es während der Geburt Probleme, wenn ja welche?

### Schwangerschaft / Geburt

Entbindung in der  SSW    Geburtsgewicht  Gramm    Größe  cm    APGAR

Gab es nach der Geburt Probleme, wenn ja welche?

### Angaben zur frühkindlichen und kindlichen Entwicklung (Geburt bis 6. Lebensjahr)?

Gab es Auffälligkeiten bei der motorischen Entwicklung (Krabbeln, Stehen, Laufen)?

ja

nein

Gab es Auffälligkeiten bei der Sprachentwicklung?

ja

nein

Gab es Auffälligkeiten bei der Sauberkeit?

ja

nein

Gab es Auffälligkeiten bei der emotionalen und sozialen Entwicklung?

ja

nein

Gab es nach der Geburt Probleme, wenn ja welche?

Patient:

Geboren: