

## Herzlich Willkommen !

**Wir möchten Sie bitten, die Probleme Ihres Kindes möglichst detailliert zu schildern. Damit können wir die Situation Ihres Kindes besser beurteilen, schneller und zielgerichteter helfen!**

Ausserdem bitten wir Sie um einige Angaben, die auf der Krankenversichertenkarte nicht enthalten sind. Alle Angaben sind freiwillig und selbstverständlich vertraulich entsprechend der DSGVO.  
Zum Datenschutz s. Aushang in der Praxis oder <https://kinderneurologe-soltau.de/datenschutz.html>

## Ihr Kind:

Nachname Ihres Kindes:

Vorname(n):

Geburtsdatum:

Alter:

Daten von der Chipkarte der Krankenkasse Ihres Kindes:

Krankenkassennummer:

Versicherungsnummer:

## Warum wollen Sie ihr Kind bei uns vorstellen?

Wo liegt das Problem? Bitte unbedingt auch Kopien von Vorbefunden mit einreichen!

Falls Sie schon einen Termin zum Erstgespräch vereinbart haben bitte hier ankreuzen:

## Kontaktadresse / Wohin soll die Post gehen, wer soll die Befunde erhalten:

Vorname:  Nachname:   
Straße:  Postleitzahl:  Ort:   
Telefonnummer:  Wann am besten erreichbar:   
E-Mail:   
Dies ist die Adresse von:  Eltern  Mutter  Vater. oder  Pflegeeltern.  Kinder-/Jugendhilfeeinrichtung  
Name des Haus-/oder Kinderarztes:

## Sorgerecht

Eltern sind:  verheiratet  nicht verheiratet  getrennt lebend  geschieden  
Sorgerecht hat:  Eltern  Mutter.  Vater. oder  Pflegeeltern  Amtsvormund

Bei geteiltem Sorgerecht und getrennt lebendem Elternteil, oder Vormund, bitte auch diese Kontaktdaten:

Vorname:  Nachname:   
Straße:  Postleitzahl:  Ort:   
Telefonnummer:   
E-Mail:

## Lebensumstände Ihres Kindes, die wichtigsten Bezugspersonen Ihres Kindes:

Name der Mutter:  Vorname:  Alter:   
Beruf:  Ganztags  Halbtags  Stundenweise   
Arbeitgeber:   
Name des Vaters:  Vorname:  Alter:   
Beruf:  Ganztags  Halbtags  Stundenweise   
Arbeitgeber:

Geschwister (bitte mit Alter und Geschlecht):

## Stärken Ihres Kindes

Was kann Ihr Kind besonders gut, was sind seine Stärken?

Welche Charaktereigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind?

Was ist die liebste Freizeitbeschäftigung Ihres Kindes?

In welchem Sportverein ist Ihr Kind?

Hat Ihr Kind feste Freunde?

Ja, eher viele

Ja, einige wenige

Nein, leider keine

Wird Ihr Kind zu Geburtstagspartys eingeladen, werden seine Einladungen angenommen?

Ja

Nein

Ist Ihr Kind bei Großeltern/Verwandten gern gesehen?

Ja

Nein

## Belastende Ereignisse oder Erkrankungen Ihres Kindes?

Gibt es besonders belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes  
(Todesfälle, Trennung der Eltern, Anderes):

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Erkrankung?

Nein

Wenn ja, welche:

Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis?

Nein

Ja: %, Merkzeichen:

Hat Ihr Kind eine Pflegestufe anerkannt bekommen?

Nein

Ja, Pflegestufe:

## Erkrankungen in der Familie?

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern  
besondere körperliche Erkrankungen vor?

Nein

Ja:

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern  
seelische/psychische Erkrankungen oder Störungen vor?

Nein

Ja:

Gibt es Familienangehörige mit einem problematischen  
Konsum von Alkohol, illegalen Drogen oder Anderem?

Nein

Ja:

Gibt es Familienangehörige mit  
Lern-/ Entwicklungsstörungen in der Kindheit?

Nein

Ja:

## Vorgeschichte / Bisherige Entwicklung

Normale, unkomplizierte Schwangerschaft und Geburt:  Ja

Nein, Schwangerschaftskomplikationen und/oder Geburtskomplikationen, und zwar:

Geburtsgewicht:  g / Schwangerschaftswoche:

Besondere Belastungen in der Schwangerschaft, familiär, gesundheitlich, seelisch?  Nein

Wenn ja, welche:

Anmerkungen, andere Sorgen zu Schwangerschaft und Geburt?  Nein

Wenn ja, welche:

Bis zum ersten Geburtstag unauffällig:  Ja  Nein,

folgendes war auffällig:

- verspätetes Drehen  verspätetes Sitzen  verspätetes Laufenlernen  
 Lautieren auffällig, kein La-La, Ma-Ma  Eß- oder Ernährungsstörung  
 Kontaktaufnahme auffällig

Anderes:

Bis zum zweiten Geburtstag unauffällig:  Ja  Nein,

folgendes war auffällig:

- Laufen erst mit  Monaten  
 Sprache erscheint verzögert, keine Zweiwortsätze mit 20 Mon.  
 Eß-oder Ernährungsstörung  Verhaltensauffälligkeit:

Anderes:

Kleinkind- und Kindergartenzeit unauffällig:  Ja  Nein,

folgendes war auffällig:

- Bewegungsuntüchtigkeit (z.B. beim Laufen, Klettern, Schwimmen, Fahrradfahren)  
 Handungeschicklichkeit (z.B. beim Malen, Spielen, Bauen m.Bausteinen, Puzzeln)  
 Sprache (z.B. Wortschatz, Nachsprechen, Sätze, Erzählen)  
 Unselbstständigkeit (z.B. beim An- u.Ausziehen, Essen, Waschen, kleine Aufträge)

Anderes:

## Bisherige Kindergarten- und Schullaufbahn

- Kindergarten \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Integrationskindergarten in \_\_\_\_\_ als „I-Kind“ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Sprachheilkindergarten in \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Heilpädagogischer Kindergarten in \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Von der Einschulung zurückgestellt  Nein  Ja, wegen: \_\_\_\_\_

In welche Schule geht Ihr Kind: \_\_\_\_\_

Welche Klasse: \_\_\_\_\_

Ggf. Name und Telefonnummer der Klassenlehrerin: \_\_\_\_\_

Schulische Fördermaßnahmen/Förderunterricht:  Nein  Ja, folgender \_\_\_\_\_

Schon Klassen wiederholt:  Nein  Ja

Nachhilfeunterricht?  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

Lerntherapie?  Nein  Ja, bei \_\_\_\_\_

Wie alt war das Kind bei der Einschulung? \_\_\_\_\_ Jahre

Gibt es andere schulische Probleme? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wieviele Stunden sieht Ihr Kind Fernsehen, spielt Playstation, Tablet etc:  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Symptome wie Einnässen oder Einkoten?  Nein  Ja

## Möchten Sie noch etwas Ergänzendes mitteilen?

Ggf. auch etwas was Sie vor Ihrem Kind nicht erwähnen wollen? Ggf. auch auf weiteren Blättern!

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**

## Eine letzte Frage: Wie haben Sie zu uns gefunden?

Empfehlung des Haus-oder Kinderarztes

Empfehlung von Therapeuten

Empfehlung der Schule

Persönliche Empfehlung von Freunden

Google/Internet

Anderes:

**Bitte zusenden oder abgeben im**

**KinderNeuro Soltau**

**Lutz Krüger-Ruda**

Walsroder Strasse 8

29614 Soltau

Telefon: 05191 889 879-0

Telefax: 05191 889 879-9

E-Mail: [info@kinderneurologie-soltau.de](mailto:info@kinderneurologie-soltau.de)

Liebe Eltern!

Um Ihrem Kind möglichst gut helfen zu können, kann es notwendig werden mit Therapeuten, Ärzten und anderen für Ihr Kind wichtigen Personen zu sprechen.

Wenn Sie damit einverstanden sind, bitten wir Sie die untenstehende Erklärung auszufüllen.

Name Ihres Kindes mit Geburtsdatum:

Hiermit entbinden wir

Ja    Nein

- vor- und mit- und weiterbehandelnden Ärzte
- nichtärztliche Behandler wie Ergotherapeuten, Logopäden, Krankengymnasten
- Kinderpsychotherapeuten und Kinderpsychiater
- Dienststellen des Gesundheits- und Jugendamtes
- Erzieher und Lehrer

unseres Kindes Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Praxisteam von KinderNeuro-Soltau, soweit es die Behandlung unseres Kindes erfordert.

Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen die erhobenen Befunde Ärzten und Therapeuten des Kindes mitgeteilt werden, wenn dies der Behandlung unseres Kindes dient.

Ja             Nein

Nach abgeschlossener Untersuchung dürfen wir die erhobenen Befunde an Ihre E-Mail Adresse zusenden, sowie Ihre E-Mail-Adresse zum Informationsaustausch mit Ihnen nutzen.

Ja             Nein

Datum:

Unterschrift eines Sorgeberechtigten

2. Unterschrift eines Sorgeberechtigten  
bei getrennt lebenden Eltern

ggf. Unterschrift des Jugendamts-Vormund

Zum Datenschutz siehe Aushang in der Praxis oder <https://kinderneurologe-soltau.de/datenschutz.html>