



Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Sozialpsychiatrie und systemische Therapie

**Dr. med. Karl Reitzle**

Diagnostik  
Sozialpsychiatrie  
Systemische Familientherapie  
Verhaltenstherapie  
Elterntraining  
Pharmakotherapie  
Gutachtenerstellung

## Anmeldebogen

### Kind / Jugendlicher:

Name, Vorname:
geb. am:
Adresse, PLZ, Wohnort:
Krankenkasse:
mitversichert bei:
Kinderarzt:

Tel. Festnetz:
Tel. Handy:
E-Mail:

### Sorgeberechtigte Person(en):

beide Eltern  nur Mutter  nur Vater  Sonstige: \_\_\_\_\_

<b>leibliche Mutter</b>	<b>leiblicher Vater</b>
Name, Vorname:	Name, Vorname:
geb. am:	geb. am:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:
Schulabschluss:	Schulabschluss:

Stiefvater	Stiefmutter
Name, Vorname:	Name, Vorname:
geb. am:	geb. am:
Staatsangehörigkeit:	Staatsangehörigkeit:
Ausgeübter Beruf:	Ausgeübter Beruf:
Schulabschluss:	Schulabschluss:

**Geschwister**

Name <b>leiblicher</b> Geschwister	Name <b>Halbgeschwister / Stiefgeschwister</b>	Geburtsjahr

Die Vorstellung erfolgt auf Empfehlung von: \_\_\_\_\_

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen Probleme:

---



---



---



---



---

Seit wann bestehen diese? \_\_\_\_\_

Von wann bis wann besucht/e Ihr Kind eine **Kinderkrippe**? \_\_\_\_\_

Von wann bis wann besucht/e Ihr Kind einen **Kindergarten**? \_\_\_\_\_

Gibt / gab es dort Probleme? Wie ist / war das Verhältnis zu den Erziehern?

---



---

**Für Schulkinder:**

Welche Schule / Klasse besucht Ihr Kind gerade?
Wie ist das Verhältnis zur Hauptlehrkraft?
Welche Schulen / Schultypen wurden davor besucht?
Besucht/-e Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung bzw. Ganztagsklasse?

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen (z. B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt, Schulpsychologen)? Wenn ja: wann, wo und warum?

---

---

---

Besuchte Ihr Kind in der Vergangenheit eine Therapie (z. B. Ergotherapie, Logopädie, Spieltherapie o. Ä.)? Wenn ja: welche?

---

---

Besucht Ihr Kind zurzeit eine Therapie? Wenn ja: welche, bei wem und seit wann?

---

---

Befand sich Ihr Kind früher schon einmal wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in ambulanter oder stationärer Behandlung oder in einer Jugendhilfeeinrichtung? Wenn ja: wo und wann?

---

---

Erhält Ihr Kind momentan Medikamente? Wenn ja: welche und seit wann?

---

---

**Schwangerschaft**

Gab es während der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja: welche?

---

---

Gab es während oder nach der Geburt Probleme? Wenn ja: welche?

---

---

Entbunden in der \_\_\_\_ . Schwangerschaftswoche bei \_\_\_\_ Gramm, \_\_\_\_ cm, APGAR-Index:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_.

Gab es in der frühkindlichen Entwicklung Auffälligkeiten? (Sprechen, Sitzen, Krabbeln, Stehen, Laufen, Sauberkeit) Wenn ja: welche?

---

---

---

Was sind die Stärken Ihres Kindes?

---

---

---

ausgefüllt von Mutter Vater Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)