



Dres. med. Jochen Hammer & Michael Föh  
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin  
Reisemedizinische Gesundheitsberatung  
Frankfurter Str. 55; 65779 Kelkheim

Tel 06195-3585; Fax 06195-671141

## Kinder/Jugendliche

### Aufnahmebogen

Name, Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_  
der Mutter: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_  
des Vaters: \_\_\_\_\_ Geb.Dat. \_\_\_\_\_

E-mail Adresse: \_\_\_\_\_

Wohnort und Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon: Festnetz: \_\_\_\_\_ Handy: Mutter: \_\_\_\_\_  
Vater: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Dat: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_

Wer hat das Sorgerecht? Eltern  Mutter  Vater  Sonst   
Bei wem lebt das Kind? Eltern  Mutter  Vater  Sonst

### Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte ihres Kindes

Hat ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie ?  
(Eltern/Großeltern und Geschwister)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Raucht jemand in der Familie:  Vater.  Mutter.  beide Eltern  keiner

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_  
Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_





Wohnt Ihr Kind im **Internat** oder einer **Einrichtung**:  ja  nein

Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_

### Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung:  ja, seit \_\_\_\_\_  geplant ab \_\_\_\_\_  nein

Name der Frühförderstelle: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien ?

Wenn ja, seit wann und wie oft ?

Krankengymnastik:  ja  Bobath  Vojta  nein

Ergotherapie:  ja  nein

Logopädie:  ja  nein

Name der Einrichtung/Praxis: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Therapeut: \_\_\_\_\_

Werden noch andere als die o.a. Therapien durchgeführt ? (z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie etc.) bitte beschreiben.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Familienunterstützende Hilfen

Nehmen Sie Unterstützung durch eine der folgenden Stellen in Anspruch ?

Familientlastender Dienst:  ja  nein

Sozialpädagogische Familienhilfe:  ja  nein

Unterstützung Jugendamt:  ja  nein

Häusliche Krankenpflege:  ja  nein

Haushaltshilfe:  ja  nein

Sonstige Hilfe  ja  nein

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld ?

Pflegegeld:  ja  nein  beantragt  
 Pflegestufe:  I  II  III

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen ?

Schwerbehindertenausweis:  ja  nein  beantragt  
 Grad der Behinderung:  50  60  70  80  90  100

**Krankheiten des Kindes**

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden ?

ja  nein

\_\_\_\_\_ im Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im Lebensjahr  
 \_\_\_\_\_ im Lebensjahr

**Impfungen Ihres Kindes**

ja nach Plan  nein  zusätzliche (welche)  
 → bitte Impfausweis vorlegen

**Entwicklung Ihres Kindes ( so gut Sie sich erinnern )**

Erstes Lächeln	Monate
Gezieltes Greifen	Monate
Umdrehen Rücken → Bauch	Monate
Freies Sitzen	Monate
Robben/Krabbeln	Monate
Selbstständiges Hinsetzen	Monate
Hochziehen zum Stand	Monate
Selbstständiges Gehen	Monate
Erste sinnvolle Worte	Monate
Erste Zweiwortsätze	Monate
Konzentriertes Spielen	Monate
Tagsüber sauber/trocken	Monate
Nachts sauber/trocken	Monate

**Kindergarten und Schulentwicklung**

Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme ?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt ?

o ja, weil: \_\_\_\_\_ o nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mein Kind besucht die \_\_\_\_\_ Klasse. Einschulungsjahr: \_\_\_\_\_

Stärken:

Schwächen/Probleme in:

Gibt es Verhaltensprobleme ? o ja \_\_\_\_\_ o nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause ?  
o ja \_\_\_\_\_ o nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankheiten

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ?  
o ja \_\_\_\_\_ o nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Betreuen noch andere Ärzte Ihr Kind ?  
o ja \_\_\_\_\_ o nein  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel ?  
o ja o welche \_\_\_\_\_ o nein  
\_\_\_\_\_

- Medienkonsum: - hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher/Computer im Schlafzimmer ?
- Wie lange spielt es in etwa täglich am Computer/Tablet/Handy ?
  - Wie lange schaut Ihr Kind in etwa täglich Fernsehen ?

**Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.**

Datum, Unterschrift:.....