

**Dr. med. Gertraud Fridgen**  
**Fachärztin für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie**  
**Mobil-Oil-Straße 31 – 84539 Ampfing**  
**Tel.: 08636/609-940**  
**e-mail: [info@kjpp-fridgen.de](mailto:info@kjpp-fridgen.de)**  
**[www.kjpp-fridgen.de](http://www.kjpp-fridgen.de)**

## ***Anmeldung zur Praxissprechstunde***

Liebe Eltern und Sorgebeauftragten,

Sie erleichtern uns und sich selbst die vorgesehene Untersuchung Ihres Kindes, wenn Sie nachstehende Fragen vollständig beantworten und den Bogen ausgefüllt zum Termin mitbringen. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Bitte bringen Sie außerdem die Versichertenkarte, das gelbe Untersuchungsheft (U-Heft), Zeugnisse und alle Vorbefunde Ihres Kindes in Kopie zum Termin mit.**

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname des Kindes/Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer privat

\_\_\_\_\_  
dienstlich

\_\_\_\_\_  
Mobiltelefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse (gesetzlich oder privat)

\_\_\_\_\_  
Hauptversicherter

\_\_\_\_\_  
Geb.datum Hauptversicherter

\_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.: des Kindes/Patient  
(Angaben von der Versichertenkarte)

\_\_\_\_\_  
Kinder- / Hausarzt

**Hauptgrund der Vorstellung:** (bitte nur eine kurze Erläuterung)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Gab es Auffälligkeiten in der Säuglings- bzw. Kleinkindphase:  ja  nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Gab es wesentliche körperliche Erkrankungen bisher:  ja  nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

### Meilensteine der kindlichen Entwicklung:

Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten.

Sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten.

Sauber/Trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Sonstige Bemerkungen: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Familienanamnese

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname Mutter

\_\_\_\_\_  
Geb.datum Mutter

\_\_\_\_\_  
Fam. stand

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Anschrift der Mutter

\_\_\_\_\_  
Name und Vorname Vater

\_\_\_\_\_  
Geb.datum Vater

\_\_\_\_\_  
Fam. stand

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Anschrift des Vaters

\_\_\_\_\_  
Geburtsort des Patienten

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Konfession

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

Eltern leben getrennt:  ja  nein wenn ja, seit: \_\_\_\_\_

Eltern geschieden:  ja  nein wenn ja, seit: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Wer lebt aktuell im selben Haushalt mit dem Kind:

\_\_\_\_\_

Geschwister:  ja  nein wenn ja, bitte angeben:

1. Name: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_

Weitere: \_\_\_\_\_

Stiefgeschwister: \_\_\_\_\_

Angaben zu eventuellen Stief-, Pflege- oder Adoptiveltern (Name, Alter, Beruf):

\_\_\_\_\_

Weitere wichtige Bezugspersonen für das Kind:

\_\_\_\_\_

Gab es körperliche oder psychische/psychiatrische Erkrankungen innerhalb der Familie (bitte auch Großeltern und andere Verwandte beachten):

Wenn ja, bei: Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

### **Kindergarten**

Kinderkrippe besucht:  ja  nein wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

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

Kindergarten besucht:  ja  nein wenn ja, in welchem Alter: \_\_\_\_\_

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

## Schule

Einschulung (bitte Jahr angeben): \_\_\_\_\_

Aktuell besuchte Klasse: \_\_\_\_\_

Schulwechsel erfolgt?  ja  nein

(wenn ja bitte kurz die Gründe erläutern:) \_\_\_\_\_

Klasse(n) wiederholt:  ja  nein

wenn ja, welche Klasse(n): \_\_\_\_\_

Gab es Probleme/Schwierigkeiten beim Besuch des Kindergartens oder in der Schule?

(z.B. hinsichtlich der Konzentration/ Ängsten/ im Verhalten/ im Verhältnis zu den Mitschülern):

---

---

## Soziale Kontakte/Freizeit

Was macht Ihr Kind gerne in der Freizeit (Hobbys, Vereine, Freizeitaktivitäten):

---

---

Was kann Ihr Kind gut?

---

---

---

**Das Kind wurde angemeldet von:** \_\_\_\_\_

Das Sorgerecht liegt bei

beiden Elternteilen

nur bei der Mutter

nur beim Vater

Sonstige \_\_\_\_\_

Falls die Erziehungsberechtigung bei mehreren Personen oder Institutionen liegt, erklärt der Unterschreibende das bestehende Einverständnis der anderen Erziehungsberechtigten mit dieser Unterschrift. Falls der Unterzeichnende Zweifel hat, muss zuerst die Zustimmung der anderen Erziehungsberechtigten eingeholt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Mutter), ggf. Vormund

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters (Vater), ggf. Vormund