

Psychotherapeutische Fachpraxis für Kinder, Jugendliche und Familien

Dr. Niko M.O. Hüllemann, M.A. Päd. Psych.

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Arztnummer: 7030397

Kinder- & Jugendlichentherapie (VT) – Familientherapie – Hypnotherapie – Systemisches Coaching

Praxis Neuhausen: Nymphenburger Str. 154, 80634 München

Praxis Nordschwabing: Lerchenauerstr. 34, 80809 München

Postanschrift (Anfragen, Anträge, Gutachten): Opferdingenstr. 32, 80634 München

Tel: (+49) (0)89- 262 11 266

Fax-Box: 03212-462 23 00

Email: huellemann@kj-psychotherapie.com

Patientenfragebogen

Name des Kindes:.....Alter:.....

Geburtsdatum:.....Schulform:.....Klasse:.....

Wohnort:.....

Name der Mutter:.....Alter:.....

Beruf der Mutter:.....Nationalität:.....

Name des Vaters:.....Alter:.....

Beruf des Vaters:.....Nationalität:.....

Telefon:.....Mobil:.....

Email:.....

Krankenkasse:.....Versicherungs-Nummer:.....

Mit Zweigstellenangabe (Straße, PLZ, Ort):.....

Ggf. mitversichert bei: Name:.....Vorname:.....

Geburtsdatum:.....Versicherungs-Nummer:.....

Empfohlen bzw. überwiesen von (ggf. Name, Adresse, Fachrichtung)

Hausarzt/Kinderarzt: Name.....

Straße, PLZ, Ort:.....

Telefon:.....

Anamnese

Vorstellungsgrund:.....

Beginn des Problemverhaltens/ der Beschwerden:.....

Familienverhältnisse (verheiratet, alleinerziehend etc.):.....

Geschwister (Geschlecht, Alter, Schulform, Verhältnis zueinander):.....

(Psychische) Vorerkrankungen in der Familie:.....

Säuglings- und Kleinkindalter

Schwangerschaftsverlauf (Rauchen, Alkoholgenuss während der Schwangerschaft, Wehenhemmer etc.):.....

Geburt (Sauerstoffmangel, zu früher/später Zeitpunkt etc.):.....

Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9):.....

Motorische Entwicklung:.....

Sprachentwicklung:.....

Sauberkeitsentwicklung:.....

Charakter/Temperament des Kindes:.....

Kindergartenalter

Alter zum Zeitpunkt des ersten Krippen-/Kindergartenbesuchs:.....

Integration/ Verhaltensauffälligkeiten (Trennungsängste, Hyperaktivität etc.):
.....

Krankheiten/ Operationen/ Unfälle/ Allergien (Epilepsie, Hirnhautentzündung,
Schädelhirntrauma etc.):
.....

Schulzeit

Alter zum Zeitpunkt der Einschulung:.....

Hort, Nachmittagsbetreuung, HPT/andere Einrichtungen/ Hilfen (seit wann und wie lange):
.....

Wie bewerten Sie die aktuelle Hausaufgabensituation (selbständig, ordentlich, genau, zügig,
vollständig etc.):

In welchem Fach/Fächer hat Ihr Kind ggf. Schwierigkeiten:.....

Wie wohl fühlt sich Ihr Kind in der Klasse (Integration, Freundschaftsbeziehungen, Verhältnis zu
Lehrer etc.):.....

Lebensereignisse

Einschneidende Lebensereignisse (Unfälle, Trennung, Umzüge, Todesfälle etc.):
.....

Bisherige Behandlungen, therapeutische Interventionen oder Krankenhausaufenthalte
(stationär/ ambulant, Zeitpunkt):
.....

Was macht ihr Kind gerne (Hobbys, Talente etc.):.....

Was erscheint Ihnen noch wichtig mitzuteilen:.....

Datum:.....

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:.....