

Dr. med. Karlheinz Erbe
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Psychotherapie - Akupunktur
Luisenstr. 10 in 96047 Bamberg
Telefon: 0951/204640 Fax: 0951/204642

Liebe Eltern,

damit wir Ihrem Kind/Jugendlichen möglichst gut helfen können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen und bei der Erstvorstellung mitzubringen.

Patientenname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Name und Adresse des Haus- oder Kinderarztes:

in Betreuung seit:

Aktueller Grund der Vorstellung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes:

Bisher durchgeführte diagnostische und therapeutische Maßnahmen - (Wann und Wo)?

Lebensgeschichtliche Angaben zur bisherigen Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes

Gab es seelische und/oder körperliche Probleme während der Schwangerschaft?

ja ()

nein ()

Falls ja, welche?

Eltern: verheiratet () getrennt () geschieden ()

Sorgerecht: gemeinsam () alleiniges Sorgerecht: _____

Geschwister (Name und Alter):

Wie ist der **Kontakt zu den Großeltern?**

Aktuelle Wohnsituation

Mietwohnung () Eigentumswohnung () Eigenheim ()

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja () nein ()

Bisherige Erkrankungen und stationäre Aufenthalte:

Einschlafen: gut () mäßig () schlecht ()

Durchschlafen: gut () mäßig () schlecht ()

Appetit: gut () mäßig () schlecht ()

Aktuelles Gewicht: kg

Körperlänge: cm

Allergien: ja () nein ()

Wenn ja, welche?

Medikamente (Präparat und Dosis):