



Dr. med. Agathe Traut

Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

Neuropädiatrie – Psychotherapie

Liebe Eltern/ liebe Patienten/innen,

wir möchten hiermit noch einmal Ihre Kontaktdaten überprüfen.

Sie erklären sich mit Ihrer Unterschrift damit einverstanden, dass wir:

- Patientenbezogene Daten per E-Mail verschicken (z.B. Laborbriefe)
- Ihnen Untersuchungsbefunde schriftlich zusenden dürfen
- Therapeuten, Kindergartenbezugspersonen, Lehrer befragen dürfen
- Ärztliche Befunde anfordern dürfen

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Hauskinderarzt:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben aufgeführte Erlaubnis auch im Namen des nicht anwesenden Elternteils.

Datum, Unterschrift



Dr. med. Agathe Traut

Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

Neuropädiatrie – Psychotherapie

Anamnese der Eltern für

Name und Vorname:

Geburtsdatum:

Wegen welcher Probleme melden Sie Ihr Kind an?

Wen haben Sie zu dieser Frage schon kontaktiert?

Klasse: Schule:

Wie ist die Situation in Kiga/Schule?

Leistungsstand:

Probleme?

Körperliche Symptome? Schlafen? Medien (wieviel /Tag, außerhalb der Schularbeiten)
Liegt eine besondere familiäre Situation vor?
Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?
Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?
Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit
Liegen bekannte Erkrankungen/ Behinderungen bei ihrem Kind vor?
Gibt es Erkrankungen/Behinderungen in der Familie?
Gab es bei Ihrem Kind bisher traumatische Ereignisse? Operationen? Sterbefälle, Erkrankungen?

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?
Bei der Sprache
Bei der seelischen Entwicklung
Im Umgang mit Anderen
Schwierigkeiten in der Schule
Störungen/ Schwierigkeiten beim Lernen, Konzentrationsstörungen
Schlafstörungen
Essstörungen, Gewichtsprobleme
Angstzustände
Seh- und/ oder Hörbehinderungen
Probleme mit Suchtmitteln (Medien, Alkohol, Rauchen, Drogen)
Hat Ihr Kind besondere Talente/ Interessen?
Ist Ihr Kind sportlich aktiv?
Hat Ihr Kind gleichaltrige Freunde?



Dr. med. Agathe Traut

Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

Neuropädiatrie – Psychotherapie

Kopfschmerzanamnese für Name/Geb.datum:

- Wo genau tut es weh?

- Seit wann treten die Schmerzen auf?

- Schmerzcharakter (drückend, stechend, pochend?)

- Wie schlimm? (Bitte in Schulnoten 1 = sehr gut, 6 = so schlimm, dass ins Krankenhaus muss)

- Auslösende Faktoren (Wetter, Nahrungsmittel, (Schul-)Stress)
Verstärker?

- Begleiterscheinungen (Übelkeit, Erbrechen, Sehstörungen, Aura?)

- Gibt es in der Familie noch jemanden, der unter starken Kopfschmerzen leidet oder litt?

- Bereits beim Augenarzt gewesen? Wann und bei wem?

- Schlafverhalten (wie viele Stunden? Wann ist die Zubettgehzeit?)

- Wie viele Stunden Fernseh-/Computer/Playstation-Konsum?



Dr. med. Agathe Traut

Fachärztin für Kinder- und
Jugendmedizin

Neuropädiatrie – Psychotherapie

Außerdem benötigen wir (falls bereits vorhanden) folgende Unterlagen von Ihrem Kind:

- ☐ Überweisung ihres Kinderarztes an die **Neuropädiatrie**
- ☐ 2 Seiten aus dem Deutschheft / Schriftprobe
- ☐ U-Heft (zum Termin mitbringen)
- ☐ Zeugnis (die letzten beiden Zeugnisse, oder Protokolle Eltern/Lehrergespräche/Kitagespräch)
- ☐ relevante Vorbefunde