



**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?

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

|                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------|
| 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

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

- ☐ Überweisung ihres Kinderarztes an die **Kinderneurologie**
- ☐ U-Heft (zum Termin mitbringen)
- ☐ Impfausweis (zum Termin mitbringen)
- ☐ relevante Vorbefunde