

Dr. Claudia Müller-Kallmeyer  
Psychotherapie für Kinder & Jugendliche  
Prinz-Handjery-Str. 68  
14167 Berlin



Datum: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

die nachfolgende Erhebung ist zu diagnostischen Zwecken bestimmt und unterliegt der Schweigepflicht. Bitte beantworten Sie die Fragen so gründlich wie möglich.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	

## Angaben zum Kind

Name, Vorname:	
Alter, Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Krankenversichert bei:	
Größe (in cm):	
Gewicht (in kg):	

Kindergarten / Schule	
Kontaktperson:	
Adresse:	
Telefon:	



2. Wohnsitz des Kindes bei:	
Kontaktperson:	
Adresse:	
Telefon:	
Email:	
Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen:	

Datum der 1. Vorstellung in meiner Praxis: \_\_\_\_\_

## Krankheitsgeschichte

Frühere psychotherapeutische Therapien/Anlass der damaligen Therapie:	
Hausarzt/Kinderarzt, Adresse:	
Hauptproblem in der jetzigen Situation, das zur Vorstellung in meiner Praxis Anlass gab:	
Das Problem ist zum ersten Mal aufgetreten/besteht seit:	



# Entwicklungsgeschichte

(Bitte ankreuzen und/oder ergänzen)

## 1. Schwangerschaftsverlauf

- Wunschkind?
- ohne Beschwerden
- mit Beschwerden
- mit körperlichen Komplikationen

War Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt geplant?    ja                                    nein

## 2. Geburtsverlauf

- normal in der.....Woche
- mit Schwierigkeiten, welche
- mit großen Schwierigkeiten, welche
- Klinik
- Geburtsgewicht und -größe

## 3. Ernährung im 1 . Jahr

- gestillt
- wie lange gestillt
- wie abgestillt (ohne/ mit Störung)

## 4. Zur weiteren Entwicklung (soweit rememberlich)

In welchem Alter konnte ihr Kind

- frei sitzen:
- frei laufen:
- Worte (erste) sprechen:
- Sätze sprechen:

Hatte es in dieser Zeit Probleme? Welche?



**In welchem Alter**

war Ihr Kind sauber:  
war Ihr Kind trocken:

Wann wurde mit der Sauberkeitsgewöhnung begonnen:

**Die Trotzphase war**

- gering ausgeprägt
- stark ausgeprägt
- in welchem Alter
- nicht beobachtet

**5. Auffälligkeiten in der Entwicklung**

- ausgeprägtes Lutschen
- Nägelkauen/-pulen
- Zähneknirschen
- Kopfwiegen und -schlagen
- Haare drehen
- Sprachschwierigkeiten
- Schlafstörungen
- Verstopfungen
- Bauchschmerzen
- Kopfschmerzen
- Erschöpfungszustände
- Sonstige Auffälligkeiten

Menarche seit:

**6. Krankheiten (Kinderkrankheiten, andere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Krampfanfälle)**

Art der Krankheit	wann	ggf. in welcher Klinik



## 7. Schulische Entwicklung

### Kindergartenbesuch

- Mein Kind kam mit .....Jahren in die Kita
- Mein Kind ging gerne
- Mein Kind ging nicht gerne

### Schulbesuch

- Übergang zur Grundschule verlief problemlos
- Mein Kind geht gerne zur Schule
- Mein Kind geht nicht gerne zur Schule

Einschulungsalter:

- zurückgestellt:
- Klassenwiederholung:
- Umschulung:

## 8. Familiäre Daten

### Geschwister

Name:	Alter

### Mutter

Name:	
Geburtsdatum:	
Alter:	
Beruf:	
Wochenarbeitszeit:	



### Vater

Name:	
Geburtsdatum:	
Alter:	
Beruf:	
Wochenarbeitszeit:	

### Leibliche Eltern

- verheiratet
- Lebenspartnerschaft
- getrennt

### Wohnsituation

Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen:

In welchem Raum schläft das Kind:

Mit wem schläft das Kind zusammen:

## 9. Was führt Sie zu mir?