



Anlage zum Selbstauskunftsbogen von Frau \_\_\_\_\_

**Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes**

Name und Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Name und Adresse Kinderärztin/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

		Bemerkungen
<input type="checkbox"/>	Erkrankung des Kindes	
<input type="checkbox"/>	Allergien	
<input type="checkbox"/>	Psychische Probleme (z. B. ADS / ADHS)	
<input type="checkbox"/>	Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="checkbox"/>	Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="checkbox"/>	Nächtliches Einnässen	
<input type="checkbox"/>	Ess-Störungen	
<input type="checkbox"/>	Kontaktschwierigkeiten	
<input type="checkbox"/>	Schwierige Mutter- / Vater-Kind-Beziehung	
<input type="checkbox"/>	Problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="checkbox"/>	Probleme in der Schule	
<input type="checkbox"/>	Bisherige Therapien, z. B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie	
<input type="checkbox"/>	Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="checkbox"/>	Gruppen- und/oder Kindergartenerfahrung	

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_