

## Anlage zum Selbstauskunftsbogen

von: \_\_\_\_\_  
(Name Antragstellerin/Antragsteller)

### Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

Name und Adresse des Kindes: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
(Für jedes Kind ein Formular ausfüllen)

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

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

|                          |  | Bemerkungen |
|--------------------------|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> | Erkrankung des Kindes  |             |
| <input type="checkbox"/> | Allergien  |             |
| <input type="checkbox"/> | Psychische Probleme<br>(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-<br>Beziehung                                      |             |
| <input type="checkbox"/> | Problematisches Verhältnis zu<br>Geschwistern                                    |             |
| <input type="checkbox"/> | Probleme in der Schule   |             |
| <input type="checkbox"/> | Bisherige Therapien (z. B.<br>Krankengymnastik, Ergotherapie,<br>Sprachtherapie) |             |
| <input type="checkbox"/> | Medikamente, die das Kind häufig<br>oder ständig braucht                         |             |
| <input type="checkbox"/> | Gruppen- und/oder<br>Kindergartenerfahrung                                       |             |

Zusätzliche Angaben: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_