

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 (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: _____
