

vom \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

## Fragebogen

\_\_\_\_\_  
Familiennamen des Kindes

\_\_\_\_\_  
Vorname

Geboren am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

männlich  weiblich

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Zahl der Geschwister: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnummer, unter der die Eltern oder Erziehungsberechtigten erreichbar sind: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Schulart/Klasse: \_\_\_\_\_

Benötigt Ihr Kind ein Kinder- / Gitterbett? ja  nein

### Bisher durchgemachte Kinderkrankheiten:

Windpocken  Masern  Mumps  Röteln  Keuchhusten

Sonstige durchgemachte Krankheiten: \_\_\_\_\_

### Impfungen:

Masern  Mumps  Röteln  Diphtherie  Pertussis

Tetanus (Wundstarrkrampf), vollständige Grundimmunisierung: Ja  Nein  ( Bitte Zutreffendes ankreuzen! )

Letzte Tetanusimpfung am: \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie Ihrem Kind unbedingt eine Kopie des Impfausweises mit!

Sind Allergien bekannt ? \_\_\_\_\_ Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

Momentane Beschwerden: \_\_\_\_\_

Besondere Eigenarten des Kindes, auf die bei der Betreuung zu achten sind: \_\_\_\_\_

**Senden Sie diesen Fragebogen bitte an das Aufnahmebüro der Hochgebirgsklinik zurück!**

***Bitte Versichertenkarte bei Anreise mitbringen!***

# Fragen zu evtl. psychotherapeutischer Betreuung

( Autogenes Training - Klärungshilfen - Gesprächsgruppen )

**A**

*Besonderheiten bei der Entwicklung des Kindes*

(z.B. Komplikationen bei der Geburt, Unfälle, lange Krankenhausaufenthalte)

.....  
.....  
.....

**B**

*Soziale Beziehungen des Kindes*

(Familienverhältnisse, Geschwister, Eltern-Kind-Beziehungen)

.....  
.....  
.....

**C**

*Schulisches Verhalten des Kindes*

(z.B. besondere Schulschwierigkeiten, schulpsychologische Untersuchungen)

.....  
.....  
.....

**D**

*Welche besonderen Probleme bestehen bei dem Kind?*

(z.B. bestimmte Verhaltensauffälligkeiten, Einnässen, Einkoten, usw.)

.....  
.....  
.....