

# Datenblatt

Vorname / Name des Kindes:

Geschlecht:

Alter:

Geburtsdatum:

Strasse / Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Handy:

E-Mail:

Vorname / Name Mutter:

Vorname / Name Vater:

Vornamen der Geschwister:

Familienstand:

Konfession:

Bedeutung der Religion:

Ist Ihr Kind derzeit oder war es in den letzten Jahren in ärztlicher  
Behandlung oder Therapie (seelisch/psychisch oder körperlich)?

Litt/Leidet Ihr Kind an einer Langzeiterkrankung?

War Ihr Kind jemals in Behandlung wegen Herzproblemen, Diabetes oder Epilepsie?

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?

Leidet ihr Kind an Schlafstörungen?

*Bei Jugendlichen:*

Sind Drogen, Alkohol oder Rauchen ein Problem?

Welche/s Anliegen möchten Sie lösen?

Haben Sie bereits etwas unternommen, um oben erwähnte(s) Problem(e) zu lösen/lindern und was war des Ergebnis?

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

**Relevante Besonderheiten im Leben Ihres Kindes:**

Komplikationen bei Schwangerschaft und Geburt, Probleme in der Kindheit, Schockerlebnisse, Wohnungswechsel, traumatische Ereignisse, Krankheiten in der Familie, Hobbies, Stärken und Schwächen usw.

**Vielen Dank für die detaillierten Informationen. Ich freue mich sehr, Sie und Ihr Kind schon bald persönlich kennenlernen zu dürfen.**