



*Ich möchte Sie bitten, trotz des Umfangs möglichst alle Fragen sorgfältig, gewissenhaft und ausführlich zu beantworten. Sie helfen mir damit, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen zu verstehen und einzuordnen und somit eine Grundlage zu schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Die Datenerhebung dient sowohl der Vorbereitung auf die psychotherapeutische Behandlung als auch als Grundlage für den Antrag zur Kostenübernahme der Krankenkasse. Sollte Ihnen jedoch eine Frage zu persönlich sein, so schreiben Sie einfach: „Möchte ich nicht beantworten.“ Selbstverständlich werden Ihre Daten streng vertraulich behandelt.*

## Patientenbogen

### I. Angaben zum/r Patienten/in

Datum

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Geschlecht:

w m d

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)

Telefon / Handy

Kindergarten / Schule / Ausbildungsstelle

Schulklasse

Krankenkasse

Versichert über (Name)

Kinderarzt / Hausarzt

**Patient/in lebt bei:**

beiden Eltern

leibl. Mutter

leibl. Vater

Amtsvormund

Pflegeeltern

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Sonstige: \_\_\_\_\_

## Sorgerecht liegt bei:

beiden Eltern

leibl. Mutter

leibl. Vater

Amtsvormund

Pflegeeltern

Sonstige: \_\_\_\_\_

## II. Angaben zu den Eltern

### Mutter

Art:

leibl. Mutter

Stiefmutter

Adoptivmutter

Pflegemutter

Sonstige

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift (falls abweichend) \_\_\_\_\_

Telefon / Handy \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

w m d

Schulabschluss \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf \_\_\_\_\_

Aktuell berufstätig als \_\_\_\_\_

Beschäftigungsstatus (Zutreffendes bitte unterstreichen):

berufstätig (Vollzeit) · berufstätig (Teilzeit) · in Ausbildung · Hausfrau · arbeitslos · berentet · Elternzeit · Sonstiges

### Vater

Art:

leibl. Vater

Stiefvater

Adoptivvater

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



# Sarah Moroff

PSYCHOTHERAPIE · KINDER & JUGENDLICHE

Sarah Moroff · Halbinselstraße 43 · 88142 Wasserburg

Pflegevater      Sonstiger

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift (falls abweichend)

Telefon / Handy

Staatsangehörigkeit

Geschlecht:

w      m      d

Schulabschluss

Erlerner Beruf

Aktuell berufstätig als

Beschäftigungsstatus (Zutreffendes bitte unterstreichen):

berufstätig (Vollzeit) · berufstätig (Teilzeit) · in Ausbildung · Hausmann · arbeitslos · berentet · Elternzeit · Sonstiges

### III. Angaben zu den Geschwistern

Art der Geschwister:

leiblich      Halbgeschwister      Stiefgeschwister

Adoptivgeschwister      Pflegegeschwister

Name

Geburtsdatum

Schule / Beruf

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

### IV. Lebens- und Wohnsituation

a) Wohnsituation (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Haus · Wohnung · Wohngemeinschaft · Wohngruppe · Heim · Pflegefamilie · Sonstiges

b) Wieviele Personen leben im Haushalt?

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FIRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Anzahl

c) Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

Ja      Nein

d) Wie empfindet das Kind die Wohnsituation?

e) Gibt es Besonderheiten in der Wohnsituation?

f) Gab es Umzüge?

Ja      Nein

Wann (Alter des Kindes)

Von

Nach

g) Besteht eine finanzielle Belastungssituation?

Ja      Nein

Erläuterung:

## V. Vorgeschichte

### Schwangerschaft und Geburt

Geburt im Krankenhaus (Name, Ort)

### Schwangerschaftskomplikationen:

Ja      Nein

Falls ja, welche (bitte ankreuzen):

Blutungen

Infektionen

Gestose

Vorzeitige Wehen

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Medikamenteneinnahme

Alkoholkonsum

Drogenkonsum

Nikotinkonsum

Strahlenbelastung

Sonstige:

Psychische Belastung in der Schwangerschaft?

Ja      Nein

Falls ja, welche:

## Geburtsdaten

Schwangerschaftswoche (SSW)

Apgar-Werte (falls bekannt)

Geburtsgewicht (g)

Geburtsgröße (cm)

## Geburtskomplikationen:

Ja      Nein

Falls ja, welche:

Kaiserschnitt

Zangengeburt

Saugglocke

Frühgeburt

Übertragung

Nabelschnurumschlingung

Sauerstoffmangel

Sonstige:

## Nach der Geburt

Musste das Kind nach der Geburt besonders behandelt werden?

Brutkasten / Inkubator

Gelbsucht / Phototherapie

Trinkschwäche

Atemprobleme

### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Sonstige:

## Stillzeit / Ernährung

Gestillt? Wenn ja, wie lange:

Fläschchen ab wann:

Probleme bei der Ernährung:

## Schlafverhalten

Kind schläft / schlief:

allein im eigenen Bett

bei den Eltern

Durchschlafen ab welchem Alter:

Schlafprobleme:

## Schreiverhalten

War das Kind ein Schreibaby?

Ja

Nein

Wenn ja, wie lange:

## Entwicklung im Kleinkindalter

In welchem Alter hat Ihr Kind folgende Meilensteine erreicht?

Sitzen (Alter in Monaten)

Krabbeln

Laufen

Erste Worte

Erste Sätze

Sauber tagsüber (Alter)

Sauber nachts (Alter)

Besondere Auffälligkeiten in der Entwicklung:

### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



## Schwächen / Erkrankungen

### Bestehen/bestanden Sinnesbeeinträchtigungen?

Sehschwäche

Hörschwäche

Bewegungsstörung

Erläuterung:

### Chronische Erkrankungen?

Ja

Nein

Falls ja, welche:

### Psychische Erkrankungen in der Familie?

Ja

Nein

Falls ja, welche/bei wem:

Allergien?

Ja

Nein

Falls ja, welche:

### Förderbedarf:

Logopädie:

Ergotherapie:

Frühförderung:

Sonstiges:

### Aktuelle Medikation:

Medikament

seit

Dosierung

## VI. Vorerkrankungen

### a) Schwere/chronische körperliche Erkrankungen?

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



## b) Operationen (wann, welche)?

---

## c) Krankenhausaufenthalte (wann, Grund, Dauer)?

---

## d) Frühere psychotherapeutische/psychiatrische Behandlungen?

---

---

## VII. Erziehung

Erziehungsstil (Zutreffendes bitte unterstreichen):

autoritär · permissiv · vernachlässigend · autoritativ · wechselnd · uneinig zwischen den Eltern

### Wie werden Regeln durchgesetzt?

---

### Wie wird mit Lob umgegangen?

---

### Wie wird mit Strafen/Konsequenzen umgegangen?

---

### Gibt es Erziehungskonflikte zwischen den Eltern?

Ja      Nein

Erläuterung:

### Mediennutzung (TV, Smartphone, Tablet, PC, Konsole):

Durchschnittliche tägliche Bildschirmzeit:

---

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Eigenes Smartphone/Tablet ab Alter:

Regeln zur Mediennutzung:

Lieblingsspiele / -apps / -inhalte:

**Taschengeld:**

Höhe / Regelung:

## VIII. Verhalten und Eigenschaften des Kindes

**Bitte unterstreichen Sie die Eigenschaften, die auf Ihr Kind zutreffen:**

ängstlich · aggressiv · anlehnungsbedürftig · antriebsarm · aufmerksamkeitschwach · bedrückt · belastbar · depressiv ·  
distanzlos · eifersüchtig · einnässend · einkotend · empfindlich · essgestört · fantasievoll · freundlich · fügsam · gehemmt  
· gewalttätig · grübelnd · hyperaktiv · impulsiv · isoliert · jammert viel · kontaktfreudig · kontaktscheu ·  
konzentrationsschwach · launisch · leistungsschwach · lügt · lustlos · mutistisch · nägelkauend · nervös · ordentlich ·  
passiv · reizbar · ruhelos · schüchtern · schlafgestört · schulängstlich · selbstbewusst · selbstverletzend · sozial unsicher ·  
sprachgestört · stiehlt · stotternd · streitlustig · suizidal · ticbelastet · trotzig · überangepasst · überaktiv · unausgeglichen  
· ungeduldig · ungehorsam · unkonzentriert · unselbständig · verträumt · weinerlich · wütend · zähneknirschen ·  
zurückgezogen · zwanghaft · Wutanfälle · Trennungsängste

**Welche der genannten Eigenschaften belasten Sie / Ihr Kind am meisten?**

**Welche positiven Eigenschaften/Stärken hat Ihr Kind?**

## IX. Öffentliche Bildungswege

**Kindergarten**

Ja            Nein

Von – bis (Alter)



Besondere Auffälligkeiten

Einrichtung / Ort

## Schule

Einschulung (Alter / Jahr)

Einschulung:

regulär      vorzeitig      zurückgestellt

Aktuelle Schule / Schulart

Aktuelle Klasse

Klassenlehrer/in

Schulwechsel?

Ja      Nein

Falls ja, wann/warum:

Klasse wiederholt?

Ja      Nein

Falls ja, welche:

Schulleistungen (Zutreffendes bitte unterstreichen):

sehr gut · gut · befriedigend · ausreichend · mangelhaft · ungenügend · stark schwankend

Stärkste Fächer:

Schwächste Fächer:

## Hausaufgabenverhalten:

erledigt Hausaufgaben selbstständig

braucht Hilfe / Aufsicht

verweigert Hausaufgaben häufig

lässt sich leicht ablenken

trödelt

Durchschnittliche Dauer der Hausaufgaben:

## Verhalten bei Klassenarbeiten/Tests:

Prüfungsangst

Leistungsabfall unter Druck

Keine Probleme

### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Ergänzung:

## Kontakt zur Schule:

Gibt es Auffälligkeiten, die von der Schule rückgemeldet wurden?

Ja      Nein

Falls ja, welche:

## X. Soziale Interaktionen

### Beziehung zu den Eltern:

### Beziehung zu den Geschwistern:

### Freundschaften:

Hat Ihr Kind Freunde?

Wie viele enge Freunde hat es?

Seit wann bestehen diese Freundschaften?

### Verhalten in Gruppen (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Anführer · Mitläufer · Außenseiter · beliebt · zurückgezogen · kontaktfreudig · wird gemobbt · mobbt andere

### Gibt es Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen?

Ja      Nein

Falls ja, welche:

### Gibt es Konflikte mit Erwachsenen/Autoritätspersonen?

Ja      Nein

#### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

#### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

#### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF



Falls ja, welche:

## XI. Entwicklung des Problemverhaltens / Vorstellungsgrund

a) Was sind die aktuellen Beschwerden/Probleme? Weshalb suchen Sie Hilfe?

b) Seit wann bestehen die Beschwerden/Probleme?

c) Wie haben sich die Beschwerden im Laufe der Zeit verändert?

d) Gab es ein auslösendes Ereignis?

e) Was haben Sie bisher unternommen, um die Probleme zu bewältigen?

f) Was hat geholfen, was nicht?

g) War Ihr Kind wegen dieser oder ähnlicher Beschwerden schon einmal in Behandlung?

Ja            Nein

Falls ja: wann, wo, wie lange, Ergebnis:



# Sarah Moroff

PSYCHOTHERAPIE · KINDER & JUGENDLICHE

Sarah Moroff · Halbinselstraße 43 · 88142 Wasserburg

## h) Befindet sich Ihr Kind aktuell in ärztlicher/psychiatrischer Behandlung?

Ja                  Nein

Falls ja, bei wem/weshalb:

## i) Was erhoffen/erwarten Sie sich von der Therapie?

**Vielen Dank für Deine / Ihre Mitarbeit!**

**Ausgefüllt von:**

Mutter                  Vater

Sonstige Erziehungsberechtigte:

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 1

Unterschrift Sorgeberechtigte/r 2

### Praxis

Halbinselstraße 43  
88142 Wasserburg

### Kontakt

08382 887036  
Fax 08382 998192  
kontakt@psychotherapie-moroff.de  
psychotherapie-moroff.de

### Bankverbindung

FYRST  
IBAN DE03 6407 0215 0087 9007 00  
BIC PBNKDEFF