

# Rüdiger Barnert

## Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Theresienstr. 25 \* 85049 Ingolstadt \* Tel. 0841/9939146 \* Fax 0841/9939147

---

### Personalbogen

#### Kind:

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Adresse u. Wohnort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Kinder-/Hausarzt: \_\_\_\_\_  
Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_

---

#### Leibliche Eltern:

##### **Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

##### **Vater:**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

---

#### Stief-/Pflege-/Adoptiveltern:

##### **Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

##### **Vater:**

Name: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Berufsausbildung/derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

---

#### Geschwister (auch Stiefgeschwister):

|                |                |                    |
|----------------|----------------|--------------------|
| 1. Name: _____ | geb. am: _____ | Schule/Kiga: _____ |
| 2. Name: _____ | geb. am: _____ | Schule/Kiga: _____ |
| 3. Name: _____ | geb. am: _____ | Schule/Kiga: _____ |
| 4. Name: _____ | geb. am: _____ | Schule/Kiga: _____ |

Kindergarten: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Besuchte Schulen:

1. Schule: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. Schule: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

3. Schule: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Was sind die Sorgen und Probleme Ihres Kindes?

---

---

---

Die Vorstellung wurde angeregt durch?

---

Gab es in der Vorgeschichte bereits andere Untersuchungen / Beratungen? Wenn ja, wann und wo?

---

---

Frühere Erkrankungen, Unfälle oder stationäre Behandlungen:

1. Erkrankung: \_\_\_\_\_ Behandlung von/bis: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

2. Erkrankung: \_\_\_\_\_ Behandlung von/bis: \_\_\_\_\_ Klinik: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

---

Wurden bereits andere therapeutische Behandlungen durchgeführt?

1. Ergotherapie von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

2. Logopädie von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

3. andere von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Besteht derzeit eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum, einer Psychiatrischen Institutsambulanz oder einer anderen sozialpsychiatrischen Einrichtung?

ja

nein

**Unterschrift aller Sorgeberechtigten:** \_\_\_\_\_

(wird nur eine Unterschrift geleistet, wird davon ausgegangen, dass der/die weitere/n Sorgeberechtigten mit der Untersuchung / Behandlung einverstanden sind.)

**Der unterschreibende Elternteil verpflichtet sich, den anderen sorgeberechtigten Elternteil über die Untersuchungsergebnisse zu informieren)**