

Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf stationäre Leistungen zur Vorsorge für
Mütter / Väter und Kind / Kinder
nach § 24 SGB V

Angaben zum Gesundheitszustand und Verhalten des Kindes

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ Ort	

Name des Kinderarztes / der Kinderärztin:

Straße: _____ **PLZ, Ort** _____

Erläuterungen	
<input type="radio"/> Erkrankung des Kindes	
<input type="radio"/> Allergien	
<input type="radio"/> psychische Probleme (z.B. ADS/ADHS)	
<input type="radio"/> Sprach-/Konzentrationsstörungen	
<input type="radio"/> Ein- und Durchschlafstörungen	
<input type="radio"/> nächtliches Einnässen	
<input type="radio"/> Ess-Störungen	
<input type="radio"/> Kontaktschwierigkeiten	
<input type="radio"/> schwierige Mutter / Vater & Kind-Beziehung	
<input type="radio"/> problematisches Verhältnis zu Geschwistern	
<input type="radio"/> Probleme in der Schule	
<input type="radio"/> Bisherige Therapien (z.B. Krankengymnastik, Ergotherapie, Sprachtherapie)	
<input type="radio"/> Medikamente, die das Kind häufig oder ständig braucht	
<input type="radio"/> Gruppen-und/oder Kindergartenerfahrung	
<input type="radio"/> zusätzliche Angaben	