

Angaben für die Amtsärztin zum Antrag auf Teilhabeassistenz / bitte ausfüllen bzw. ankreuzen (Anamnese Teilhabeassistenz)

	Kind		Vater	Mutter		
Name, Vorname		Name, Vorname				
Geburtsdatum		Geburtsdatum				
Geburtsort		Beruf				
Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)		Adresse (PLZ, Wohnort, Straße, Hausnr.)	<input type="checkbox"/> siehe Kind	<input type="checkbox"/> siehe Kind		
Kinder-/ Hausarzt		Telefon				
Weitere Fachärzte		erziehungs- berechtigt	<input type="checkbox"/> beide Eltern <input type="checkbox"/> nur Mutter <input type="checkbox"/> nur Vater			
Geschwister (Geburtsjahr)	1.	2.	3.	4.	5.	6.

Kindergartenbesuch (Jahr von... bis)	Wo:
Vorklasse <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wo:
Schulbesuch (Name bzw. Ort/ / Jahr von... bis):	
1. Schule:	
2. Schule:	
3. Schule:	

Unterrichtszeit	Uhrzeit von ... bis	Nachmittagsaktivitäten bzw. Betreuung (was, bei wem, wann)
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Schulweg	Dauer:	<input type="checkbox"/> zu Fuß <input type="checkbox"/> öffentl. Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Kleinbus <input type="checkbox"/> Einzeltransport

Vorgeschichte
Schwere Infektionskrankheiten / andere schwere Erkrankungen / Unfälle / Krankenhausaufenthalte / Operationen:

Oft in **ärztlicher Behandlung** wegen:

bei wem:

Regelmäßige **Medikamenteneinnahme** (Präparat und Dosierung):

Sehstörung <input type="checkbox"/> ja	Brille seit:	Schielbehandlung, Sehschule seit:	Bewegungsunterstützende Hilfsmittel <input type="checkbox"/> ja Welche:
Hörstörung <input type="checkbox"/> ja	Hörhilfen:		

Fachärztliche Untersuchungen

Neuropädiatrie / SPZ	<input type="checkbox"/> ja	wer:	zuletzt:
Kinderpsychiater / Kinderpsychologe	<input type="checkbox"/> ja	wer:	zuletzt:
HNO Arzt / Pädaudiologie	<input type="checkbox"/> ja	wer:	zuletzt:
Augenarzt	<input type="checkbox"/> ja	wer:	zuletzt:
Weitere Fachärzte / Kliniken (Name):	<input type="checkbox"/> ja	wer:	zuletzt:

Entwicklungsfördernde Maßnahmen

Sprachtherapie	<input type="checkbox"/> ja	seit:	bei:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ergotherapie	<input type="checkbox"/> ja	seit:	bei:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychomotorik	<input type="checkbox"/> ja	seit:	bei:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> ja	seit:	bei:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Psychotherapie	<input type="checkbox"/> ja	seit:	bei:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sozialpädagogische Erziehungshilfe (Jugendamt)	<input type="checkbox"/> ja	seit:	Betreuer/in:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Andere Fördermaßnahmen / Therapien Welche:	<input type="checkbox"/> ja	seit:	bei:	In der Schule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bisherige Eingliederungshilfen

Integrationsplatz im Kindergarten von _____ bis _____	Frühförderung bei _____	von _____ bis _____
Teilhabeassistent:	Familientlastender Dienst	<input type="checkbox"/> Gruppe <input type="checkbox"/> Einzelbetreuung
Wochenstunden:	durch _____	Wochenstunden: _____

Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Einstufung:
Pflegegeld <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Stufe: __

Persönliche Besonderheiten

<input type="checkbox"/> Bewegungsunruhe	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit
<input type="checkbox"/> Verzögerte Entwicklung	<input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten	<input type="checkbox"/> Wutanfälle	<input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			

Lieblingsspiel bzw. Lieblingsbeschäftigung:

Interessen, Fähigkeiten und Stärken:

Sonstiges:

Ziele und Umfang der Maßnahme aus Sicht der Familie:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift