



### Stammdaten Kindsmutter

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Herkunftsland: \_\_\_\_\_  
Tel./Mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsstatus:    N        F        B        C        CH  
Sprache: \_\_\_\_\_ Dolmetscher/in erforderlich:    ja        nein

### Stammdaten Kindsvater

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Herkunftsland: \_\_\_\_\_  
Tel./Mobile: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Aufenthaltsstatus:    N        F        B        C        CH  
Sprache: \_\_\_\_\_ Dolmetscher/in erforderlich:    ja        nein

### Bezugspersonen (Durchgangszentrum, Beistand, Lehrpersonen, Tagesschule, KITA)

Patient ist unbegleitet Minderjähriger und wohnt:

Patient hat bei der KESB einen Beistand:

Patient besucht die Schule:

Patient besucht die Tagesschule/KITA:

## Aktuelle Symptomatik, Anlass zur Anmeldung

Patient hatte Folter-, Flucht- oder Kriegserlebnisse  
Schlafstörungen  
Wiedererleben in der Gegenwart (Flashbacks, Albträume)  
Kopfschmerzen  
körperliche Schmerzen  
Aggressivität  
Erregungszustände  
Ängste  
Vergesslichkeit  
Zwänge  
psychotische Zustände  
dissoziative Zustände  
sozialer Rückzug  
(V.a.) Somatisierungsstörungen  
(V.a.) Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD-10 F1.x)  
z.B. Alkohol  
Drogen, welche:

Medikamente, welche:

suizidale Zustände

frühere Suizidversuche

sonstige Angaben:

