

Anamnesefragebogen

Ausgefüllt von _____ Bezug zum Patienten _____
Name des Patienten: _____ geb. am: _____
Adresse: _____ Telefon: _____
Schule, Kindergarten: _____ Klasse: _____

I. Vorstellungsgrund

1. Welches Verhalten oder Problem Ihres Kindes hat den Anlass dazu gegeben, uns aufzusuchen?

2. Wer hat Ihnen geraten, sich an uns zu wenden? _____

3. Wann ist das Verhalten, Ihrer Erinnerung nach, zum ersten Mal aufgetreten?

ganz allmählich, etwa mit ___ Jahren beginnend (Klasse __) plötzlich im Alter von ___ Jahren (Klasse __)

3. Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten dieses Verhaltens zusammenfielen?

Nein Ja

4. Hat sich das beschriebene Verhalten seither verändert? Nein Ja

5. Wann und Wo tritt das Verhalten vor allem auf? _____

5. Wann und Wo tritt das Verhalten weniger oder gar nicht auf? _____

6. Wie erklären Sie sich das Verhalten Ihres Kindes?

7. Haben Sie sich wegen des Verhaltens Ihres Kindes schon einmal an eine andere Stelle gewandt (Erziehungsberatungsstelle, Arzt, Ergotherapie, Logopädie, etc.)?

7.a) Welche Maßnahmen wurden von diesen anderen Stellen getroffen bzw. empfohlen?

Mit welchem Erfolg? _____

8. Wie reagieren Sie und andere Personen (Vater, Mutter, Geschwister, Großeltern, Lehrer), wenn das Verhalten auftritt?

8.a) Inwiefern ergeben sich aus dem Verhalten Ihres Kindes Belastungen oder Beeinträchtigungen (soziale, schulische, familiäre, etc.)?

9. Welche Erwartungen haben Sie an uns? Wie können wir Ihnen helfen?

II. Entwicklung Ihres Kindes

Schwangerschaft

1. Erwünschte Schwangerschaft? Ja Nein

2. Ehelich Ja Nein

3. Wievielte Schwangerschaft? _____ Wievielte Geburt? _____

4. Verlauf der Schwangerschaft? Komplikationen Nein Ja _____

Belastungen psychisch/ körperlich _____

5. Alter der Mutter _____ und des Vaters _____ bei der Geburt des Kindes?

6. Haben sie während der Schwangerschaft Zigaretten/Nikotin, Alkohol, Medikamente oder Drogen zu sich genommen?

Nein Ja, welche? _____

Geburt (siehe Untersuchungsheft)

1. Entbindung in der wievielten Schwangerschaftswoche? _____

2. Wie verlief die Geburt? komplikationslos/normal

Komplikationen/Auffälligkeiten (Kaiserschnitt, Nabelschnurumschlingung, Sauerstoffmangel, etc.)

Geburtslänge _____ Geburtsgewicht _____ Kopfumfang _____ pH-Wert _____ Apgar _____

Sonstiges _____

Frühkindliche Entwicklung

1. Wie erlebten Sie Ihr Baby?

ruhig, still lebhaft unruhig anstrengend, bis wann _____

Schreikind, bis wann _____

frühes Durchschlafen spätes Durchschlafen sehr spätes Durchschlafen Sonstiges _____

2. Stillzeit Ja, wie lang _____ Nein

Gab es Schwierigkeiten/Unverträglichkeiten bei der Ernährung? _____

3. Statomotorische Entwicklung

Sitzen mit _____ Monaten Krabbeln mit _____ Monaten

Stehen mit _____ Monaten Laufen mit _____ Monaten

4. Sprachentwicklung

erste Wörter mit _____ Monaten erste Sätze mit _____ Monaten

undeutliches Sprechen Lautbildungsfehler, welche _____

Dysgrammatismus Sonstiges _____

5. Sauberkeitserziehung

noch nicht sauber nur tagsüber tagsüber mit ___ Monaten

nachts mit ___ Monaten Sonstiges _____

6. Trotzphase Ja, von _____ bis _____ Nein, nicht ausgeprägt

7. Fremdeln Ja, von _____ bis _____ Nein, nicht ausgeprägt

8. Trennungsangst Ja, von _____ bis _____ Nein, nicht ausgeprägt

Gesundheit

1. Kinderkrankheiten, Infekte: Welche? Wann?

2. War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Nein Ja Wann und warum? _____

3. Hat Ihr Kind schon einmal einen Unfall erlitten?

Nein Ja Wann? _____ Folgen: _____

4. Hat Ihr Kind körperliche Einschränkungen/ Beschwerden (seit wann bzw. wie oft)?

- Sehschwäche _____ Hörschäden _____
 Sprachstörungen _____ Bewegungsstörungen _____
 Allergien _____
 Schilddrüsenfunktionsstörungen _____ Kopfschmerzen _____
 Übelkeit _____ Bauchschmerzen _____
 Sonstiges _____

Ist Ihr Kind rechtshändig linkshändig beidhändig rechtshändig angelernt?

5. Essverhalten Ihres Kindes

isst normal isst zu viel von was: _____
 isst zu wenig mein Kind ist sehr wählerisch beim Essen Sonstiges: _____

6. Schlafverhalten Ihres Kindes

schläft noch (oft) bei den Eltern schläft unauffällig
 Schlafstörungen mein Kind schreckt nachts oft auf; Alpträume
 schläft am Tag ca. _____ Stunden; wann _____

7. Pubertät

noch nicht Pubertätsentwicklung _____
 Veränderungen Nein **Für Mädchen:** Menstruation seit wann _____

8. Belastende Ereignisse (Todesfälle, Trennung der Eltern, Umzug, Arbeitsplatzwechsel eines Elternteils, finanzielle Notsituation/ Verschuldung, Heimaufenthalt, Gefängnis, Mobbing, Missbrauch, etc.) ?

9.

andere psychische Auffälligkeiten

Ängste Depressionen Tics Zwänge Daumenlutschen
 Nägelkauen Sonstiges _____

Soziale Entwicklung

1. Besucht(e) Ihr Kind eine(n)

Spielgruppe (welche, wie lange, wie häufig) _____ Nein
 Kinderkrippe, vom _____ bis _____ -Lebensjahr Probleme _____
 Kindergarten, vom _____ bis _____ -Lebensjahr Probleme _____
 Hort, vom _____ bis _____ -Lebensjahr Probleme _____

Gibt/Gab es Probleme? Ist/War Ihr Kind dort integriert (Kontakt/Verhalten/Befinden)?

2. Besucht(e) Ihr Kind eine Sondereinrichtung (Sprachheilkindergarten, Schulvorbereitende Einrichtung (SVE), etc.)? Nein

Ja, welche _____

3. Wird/ wurde Ihr Kind in einer speziellen Fördermaßnahme unterstützt?

Nein

Logopädie von _____ bis _____

Ergotherapie von _____ bis _____

Frühförderung von _____ bis _____

sonstiges _____

4. Schulbesuch

Schulkindergarten Einschulung mit _____ Jahren Rückstellung vorzeitige Einschulung

Wiederholung der Klasse _____ Überspringen der Klasse _____ Schulwechsel im Jahre _____

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet? Nein Ja

Besuchte Ihr Kind zeitweise **keine** Schule? _____ Wann und Warum _____

regelmäßiger Schulbesuch verspätet sich oft schwänzt

fehlt oft, wegen _____

Geht Ihr Kind **gerne** in die Schule Ja Nein

Freunde in der Klasse _____

Lieblingsfächer _____ ungeliebte Fächer _____

Probleme im soziale Umgang _____

Verhältnis zu Mitschülern _____ Verhältnis zu Lehrern _____

Probleme Regeln zu akzeptieren _____

Probleme bei den Hausaufgaben _____

Hausaufgabendauer _____ Std. Hausaufgabenort (an welchem Platz?) _____

Hausaufgabenbetreuung (Schule, Eltern) _____

Nachhilfe (in welchen Fächern?) _____

Lern- und Leistungsmotivation vorhanden Leistungsängste

5. Wenn Ihr Kind Schulprobleme hat/ hatte, was haben Sie bezüglich dieser bereits unternommen?

Beratungslehrer Schulpsychologen

Was wurde dort durchgeführt (z.B.: Beratungsgespräch, Testungen)? _____

6. Schulabschluss Ihres Kindes

Noch nicht

Ja, welchen _____

7. Ausbildungsstelle des Jugendlichen

Berufswunsch Ihres Kindes _____

Lehrstelle

Nein

Ja, welche _____

Sozialverhalten

1. Besonderheiten, Auffälligkeiten im Verhalten Ihres Kindes?

erforscht Umwelt eher intensiv albern, spielt den Clown vergesslich

erforscht Umwelt eher zurückhaltend unordentlich ungeschickt

leicht erregbar, unbeherrscht empfindsam, sensibel häufig krank

anlehnungsbedürftig, schmust gern ängstlich vermeidet Anstrengung

schüchtern, Kontaktschwierigkeiten lügt, unehrlich nervös, zappelig, unruhig

leicht ermüdbar, wenig belastbar grundlose Traurigkeit / Weinen Tagträume

mehr verspielt als Gleichaltrige zerstört mutwillig Sachen ungehorsam, trotzig

Konzentrationsprobleme, leicht ablenkbar Wie lang bleibt Ihr Kind bei einer Aufgabe _____ Minuten?

selbstständig unselbstständig

- Steht morgens alleine auf Ja Nein

- Sucht Kleidung selbst aus Ja Nein

- Zieht sich alleine an Ja Nein

- Räumt Schultasche alleine ein Ja Nein

- Kann sich bei Bedarf selbst Essen kochen Ja Nein

Sonstiges _____

2. Ist/ war Ihr Kind in Gruppen oder Vereinen?

Nein

Ja, in welchen _____ von _____ bis _____

Ja, in welchen _____ von _____ bis _____

Ja, in welchen _____ von _____ bis _____

3. Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen

Freizeitaktivitäten _____

Interessen _____

Welche Kompetenzen/ positive Eigenschaften (z. B. Humor, Sportlichkeit, Ausdauer) schätzen Sie an Ihrem Kind?

4. Freizeit/Freunde

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Freunden? _____

Wie oft spielt Ihr Kind mit seinen Freunden? _____

Mit Kindern welchen Alters spielt Ihr Kind am liebsten? _____

Wie verhält sich Ihr Kind in einer Gruppe (ordnet sich unter, will bestimmen, zieht sich zurück, etc.)?

Wo spielt Ihr Kind hauptsächlich (im Haus, draußen)? _____

5. Medienkonsum

Fernsehen täglich, ca. _____ Std. an den Wochenenden ca. _____ Std.

Computer täglich, ca. _____ Std. an den Wochenenden ca. _____ Std.

Gameboy/Nintendo täglich, ca. _____ Std. an den Wochenenden ca. _____ Std.

Eigenes Handy Nein Ja, seit _____ Vertrag Prepaid

6. Tagesablauf Ihres Kindes

Wann steht Ihr Kind auf? _____ Uhr Mit wem Frühstückt Ihr Kind? _____

Schulweg zu Fuß Fahrrad Bus von Eltern gebracht

Schulschluss um _____ Uhr Mittagessen, wann und mit wem? _____

Weiterer Tagesablauf _____

7. Taschengeld

Nein Ja, _____ €/Monat/ Woche Was muss Ihr Kind davon finanzieren? _____

Mein Kind darf frei entscheiden, wofür es das Geld ausgeben wird Nein

Pausengeld _____ €/Monat/ Woche erhält zusätzlich Geld von _____ Betrag _____ €

Sonstiges im Umgang mit Geld _____

III. Familienanamnese und familiäre Situation

1. Väterliche Linie

Geburtsjahr des Vaters _____ Beruf des Vaters _____ Schulabschluss des Vaters _____

Krankheiten beim **Vater** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Krankheiten beim **Großvater** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Krankheiten bei der **Großmutter** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Krankheiten bei den **Geschwistern des Vaters** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____
Auffälligkeiten in der **geschwisterlichen Familie** (ADS, Legasthenie, Schulprobleme, psychische Erkrankungen, etc.)

Soziale Kontakte des Vaters (z.B.: Vereine) _____

Sonstige Besonderheiten _____

2. Mütterliche Linie

Geburtsjahr der Mutter _____ Beruf der Mutter _____ Schulabschluss der Mutter _____

Krankheiten bei der **Mutter** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Krankheiten beim **Großvater** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Krankheiten bei der **Großmutter** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Krankheiten bei den **Geschwistern der Mutter** Psychisch _____ Körperlich/Physisch _____

Auffälligkeiten in der **geschwisterlichen Familie** (ADS, Legasthenie, Schulprobleme, psychische Erkrankungen, etc.)

Soziale Kontakte der Mutter (z.B.: Vereine) _____

Sonstige Besonderheiten _____

3. Geschwister des Kindes/ Jugendlichen

Name _____ Geb.Datum _____ leibl/Halb/Stief/ vs/ms

Schule/Kindergarten/Beruf _____ Klasse _____

Name _____ Geb.Datum _____ leibl/Halb/Stief/vs/ms

Schule/Kindergarten/Beruf _____ Klasse _____

Name _____ Geb.Datum _____ leibl/Halb/Stief/vs/ms

Schule/Kindergarten/Beruf _____ Klasse _____

4. Verhaltensauffälligkeiten bei den Geschwistern?

5. Wie sind die Beziehungen der Geschwister untereinander (Wärme, Konflikte, Rivalität)?

6. Familiäre Verhältnisse

Eltern verheiratet Nein Ja, seit _____

Eltern leben getrennt, seit _____ Eltern geschieden, seit _____

Neuer Lebenspartner der Mutter, seit _____

verheiratet Ja Nein leben zusammen in gemeinsamen Haushalt Ja Nein

bringt Kinder aus früherer Beziehung mit Nein Ja, Anzahl _____ Geschlecht der Kinder _____

leben mit in der Familie regelmäßiger Kontakt kein bzw. wenig Kontakt

Neue Lebenspartnerin des Vaters, seit _____

verheiratet Ja Nein leben zusammen in gemeinsamen Haushalt Ja Nein

bringt Kinder aus früherer Beziehung mit Nein Ja, Anzahl _____ Geschlecht der Kinder _____

leben mit in der Familie regelmäßiger Kontakt kein bzw. wenig Kontakt

7. Bei Trennung oder Scheidung der Eltern

Kind lebt bei Mutter Vater lebt nicht bei den Eltern, sondern bei _____

Wie häufig hat Ihr Kind Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht regelmäßig _____ unregelmäßig _____

Kind lebt nicht bei den leiblichen Eltern, sondern

wurde im Alter von _____ adoptiert Pflegekind, seit _____
 Kind war im Heim von _____ bis _____ Sonstiges _____

Bei Pflegekindern

Pflegevater Alter _____ Beruf _____ Soziale Kontakte _____

Pflegemutter Alter _____ Beruf _____ Soziale Kontakte _____

Pflegegeschwister

Name _____ Geb. Datum _____ Schule/Kindergarten/Beruf _____ Klasse _____

Name _____ Geb. Datum _____ Schule/Kindergarten/Beruf _____ Klasse _____

Name _____ Geb. Datum _____ Schule/Kindergarten/Beruf _____ Klasse _____

Zu welchen Mitgliedern der Herkunftsfamilie besteht Kontakt? _____

8. Wer hat das Sorgerecht (alleiniges/gemeinsames)? Wie ist das Umgangsrecht geregelt?

9. Wohnverhältnisse Haus Wohnung Wohneigentum Miete

Besitzt Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja Nein, teilt es sich mit _____

10. Sind Sie mit Ihrem Einkommen zufrieden? Gibt es größere finanzielle Probleme?

11. Sonstige Bezugspersonen/ Betreuungspersonen Ihres Kindes?

12. Wer aus Ihrer Familie/Freundeskreis unterstützt Sie besonders?

13. Wie schätzen Sie Ihr Erziehungsverhalten/ Erziehungsstil und den des Partners ein?

Erziehungsstil der Mutter ausgeglichen streng freizügig unsicher _____

Erziehungsstil des Vaters ausgeglichen streng freizügig unsicher _____

Die Mutter hält den Erziehungsstil des Partners für

ausgeglichen streng freizügig unsicher _____

Der Vater hält den Erziehungsstil der Partnerin für

ausgeglichen streng freizügig unsicher _____

Wie bestrafen/ belohnen Sie?

15. Wem (welchem Elternteil) ist Ihr Kind ähnlich? Zu wem hat es eine enge Beziehung?

16. Gibt es in Ihrer Familie häufig Streit? Über welche Themen?

17. Was ist die vorherrschende emotionale Stimmung in Ihrer Familie (unterstützend, harmonisch, kritisierend, feindselig, kontrollierend, etc.)?

Sonstiges:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!