

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Ausgefüllt von: Bezug zum Patienten:

Name des Patienten: Geb. Datum:

Adresse: Telefon:

Schule, Kindergarten: Klasse:

Vorstellungsgrund

Was sind Ihre Sorgen bzw. welche Probleme hat das Kind?

Seit wann bestehen sie?

Wie erklären Sie sich das Verhalten Ihres Kindes?

Wie reagiert das Umfeld darauf?

Gab es bereits frühere Beratungen und Behandlungen?

Maßnahme	Von – bis	Einrichtung / Name	Empfehlungen
Ambulante Psychotherapie			
Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie			
Teil-/vollstationäre psychiatrische Aufenthalte			
Ergotherapie			
Logopädie			
Physiotherapie			
Jugendamt			
Schule			
Andere Maßnahmen			

Auf wessen Veranlassung erfolgt die Anmeldung?

Was ist Ihr Anliegen an uns?

Entwicklung Ihres Kindes Schwangerschaft / Geburt

Geplante Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Erwünschte Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Wievielte Schwangerschaft? Wievielte Geburt?

Gab es während der Schwangerschaft besondere gesundheitliche oder belastende Umstände? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

☐ Blutungen

☐ Vorzeitige Wehen

☐ Psychische Belastungen

☐ Erkrankungen (bitte angeben):

Einnahme von Medikamenten und Substanzen:

☐ Medikamente

☐ Nikotin

☐ Alkohol

☐ Drogen

Alter der Mutter und des Vaters bei der Geburt des Kindes

Geburtsdetails

Entbindung in der wievielten Schwangerschaftswoche?

Wie verlief die Geburt? ☐ komplikationslos/normal

☐ Komplikationen/Auffälligkeiten (Kaiserschnitt, Sauerstoffmangel, Nabelschnurumschlingung, etc):

Geburtslänge:

Geburtsgewicht:

Kopfumfang:

pH-Wert:

Apgar:

Sonstiges:

Neugeborenen- und Frühkindliche Entwicklung Direkt nach der Geburt

Gab es Probleme (z. B. Sauerstoffgabe, Aufenthalt auf der Intensivstation)? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Motorik und Sprache

War die motorische Entwicklung auffällig? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

War die Sprachentwicklung verzögert oder auffällig? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Entwicklung der Sauberkeit

Gab es Auffälligkeiten bei der Entwicklung der Sauberkeit? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Weitere Aspekte der frühkindlichen Entwicklung

ERSTES LEBENSJAHR

Trinkschwierigkeiten/Ernährungsprobleme

☐ Nein

☐ Ja

Schlafstörungen

☐ Nein

☐ Ja

Auffallendes Schreiverhalten

☐ Nein

☐ Ja

Starke Schreckhaftigkeit

☐ Nein

☐ Ja

Verzögerungen bei ersten motorischen Meilensteinen (z. B. Sitzen, Krabbeln)

☐ Nein

☐ Ja

Wenig Blickkontakt

☐ Nein

☐ Ja

Schwierigkeiten beim Körperkontakt

☐ Nein

☐ Ja

KLEINKINDALTER

Stimmungsschwankungen

☐ Nein

☐ Ja

Große Ablenkbarkeit

☐ Nein

☐ Ja

Starker Speichelfluss, über längere Zeit

☐ Nein

☐ Ja

Weglaufen war ein Problem

☐ Nein

☐ Ja

Probleme mit dem Essen

☐ Nein

☐ Ja

Häufige Unfälle/kleine Verletzungen

☐ Nein

☐ Ja

Das Kind brauchte immer jemanden zum Mitspielen

☐ Nein

☐ Ja

Bewegungen auffallend eckig, ungeschickt, ruckartig

☐ Nein

☐ Ja

Schwierigkeiten im Spiel mit Gleichaltrigen

☐ Nein

☐ Ja

Größere Probleme mit der Sauberkeit?

☐ Nein

☐ Ja

Trennungsängstlichkeit

☐ Nein

☐ Ja

KINDES/ JUGENDALTER

Auffälliges Essverhalten

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Ungewöhnliches Schlafverhalten
(z.B. schläft noch bei den Eltern, Schlafstörungen)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Pubertät

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche Veränderungen gab es.

Bei Mädchen: Hat die Menstruation bereits eingesetzt?

☐ Nein

☐ Ja, wann:

Belastende Ereignisse (z. B. Todesfälle, Trennung der Eltern, Umzug, Heimaufenthalt, Mobbing, Missbrauch)?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

Krankheitsgeschichte

Gibt es ernsthafte körperliche Erkrankungen oder Beschwerden (z. B. Allergien, Sehschwäche, Hörschäden)

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

War Ihr Kind bereits im Krankenhaus?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja– wann, warum und wie lange?

Bestehen aktuell gesundheitliche oder psychische Probleme?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, bitte kurz beschreiben und angeben, seit wann die Probleme bestehen.

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

Name des Medikaments

Dosierung (ggf. Schema)

Seit wann und von wem verordnet

Soziale Entwicklung Kindertagesbetreuung

☐ Spielgruppe

Ab wann:

Probleme:

☐ Kinderkrippe / Tagesmutter

Ab wann:

Probleme:

☐ Kindergarten

Ab wann:

Probleme:

☐ Hort

Ab wann:

Probleme:

☐ Sondereinrichtung

Ab wann:

Probleme:

z. B. Sprachheilkindergarten, Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) - bitte benennen:

Schulbesuch

Schulkindergarten / Vorschule

☐ Nein

☐ Ja

Einschulung Alter:

☐ zeitgerecht

☐ vorzeitig

☐ zurückgestellt, weil:

Wiederholung der Klasse

☐ Nein

☐ Ja, wegen

Überspringen der Klasse

☐ Nein

☐ Ja, wegen

Schulwechsel im Jahre

☐ Nein

☐ Ja, wegen

Schulische Entwicklung und Verhalten

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

☐ Nein

☐ Ja

Geht Ihr Kind **gerne** in die Schule

☐ Nein

☐ Ja

Hinweise auf Teilleistungsstörungen
(z. B. Lese-Rechtschreibstörung)

☐ Nein

☐ Ja, welche

schulische Probleme

☐ Nein

☐ Ja, welche

☐ Schulanfang und allgemeine Schulanpassung (z. B. Ärger mit Lehrkräften, heftig gegen Schule gesträubt)

☐ Hausaufgaben und Lernverhalten (z. B. leicht ablenkbar, langsam, Leistungen wechselhaft)

☐ Verhalten im Schulalltag (z. B. kann nicht warten, Tagträumerin, übertriebenes Kaspern)

Bitte entsprechend beschreiben:

Schulabschluss

☐ Nein

☐ Ja, welcher

Beruflicher Werdegang (z. B. Berufsausbildung):

Sozialverhalten

Soziale Beziehungen und Verhalten gegenüber anderen

Hält Ihr Kind Freundschaften nur kurz?

☐ Nein

☐ Ja

Ist Ihr Kind unbeliebt?

☐ Nein

☐ Ja

Wird Ihr Kind gemobbt?

☐ Nein

☐ Ja

Wird Ihr Kind von anderen gefürchtet?

☐ Nein

☐ Ja

Ist Ihr Kind häufig aggressiv?

☐ Nein

☐ Ja

Emotionale Auffälligkeiten und Ängste

Hat Ihr Kind problematisches Essverhalten?

☐ Nein

☐ Ja

Ist Ihr Kind zwanghaft pedantisch?

☐ Nein

☐ Ja

Hat Ihr Kind ausgeprägte Ängste, Ekelgefühle oder Phobien?

☐ Nein

☐ Ja

Hat Ihr Kind Schlafstörungen oder Albträume?

☐ Nein

☐ Ja

Ist ihr Kind selbständig (z. B. steht morgens alleine auf, zieht sich an)

☐ Nein

☐ Ja

Selbständiger Schulweg?

☐ Nein

☐ Ja

Auffälliges oder gefährdendes Verhalten

Stiehlt Ihr Kind?

☐ Nein

☐ Ja

Haben Sie Bedenken, Ihr Kind länger unbeaufsichtigt zu lassen?

☐ Nein

☐ Ja

Zündelt Ihr Kind?

☐ Nein

☐ Ja

Lügt Ihr Kind häufig?

☐ Nein

☐ Ja

Mediennutzung und Impulskontrolle

Zappelt Ihr Kind beim Spielen, Fernsehen, Lesen oder Hausaufgaben?

☐ Nein

☐ Ja

Verbringt Ihr Kind sehr viel Zeit vor dem Fernseher oder Computer?

☐ Nein

☐ Ja

Dauer der Mediennutzung: täglich, ca. Std.

an den Wochenenden ca. Std.

Bei Bedarf bitte genauer definieren:

Weitere Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen

Ist/war Ihr Kind in Gruppen oder Vereinen? ☐ Nein

☐ Ja, in welchen

Freizeitaktivitäten:

Interessen:

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

Gibt es Taschengeld?

☐ Nein

☐ Ja, wie viel

Wie bestrafen/ belohnen Sie?

☐ Nein

☐ Ja, wie folgt

Familiengeschichte

Lebenssituation des Kindes

Kind lebt bei:

☐

beiden leiblichen Eltern

☐

leiblicher Mutter

☐

leiblichem Vater

☐

Weitere:

Angaben bei getrennten/ geschiedenen Eltern: Wann Trennung?

Wann Scheidung?

Wer hat das Sorgerecht (alleiniges/gemeinsames)?

Wie ist das Umgangsrecht geregelt?

Aktuelle Wohnsituation:

Finanzielle Situation:

☐

sehr gut

☐

gut

☐

ausreichend

☐

angespannt

Väterliche Linie

Name:

Geb. Datum:

Telefonnummer:

Adresse:

Schulabschluss:

☐ Nein

☐

Ja, und zwar

Ausbildung:

☐ Nein

☐

Ja, und zwar

Aktuelle Tätigkeit:

☐ Nein

☐

Ja, und zwar

☐

Teilzeit

h/Woche

☐

Vollzeit

☐

Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Psychische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Aktuell in Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Erziehungsstil des Vaters: ☐ ausgeglichen ☐ streng ☐ freizügig ☐ unsicher

Bei getrenntlebenden Eltern:

Lebt Vater in neuer Partnerschaft: ☐ Nein ☐ Ja
Geburtsjahr: Aktuelle Tätigkeit:
Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Familie väterlicherseits:

Großmutter Geburtsjahr: Kontakt vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein
Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Großvater Geburtsjahr: Kontakt vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein
Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Geschwistern des Vaters (Anzahl): Kontakt vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein
Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Weitere körperliche / psychiatrische Erkrankungen in der väterlichen Verwandtschaft? (ADS, Legasthenie, Schulprobleme, psychische Erkrankungen, etc.):

Mütterliche Linie

Name: Geb. Datum:
Telefonnummer: Adresse:
Schulabschluss: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Ausbildung: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Aktuelle Tätigkeit: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
☐ Teilzeit h/Woche ☐ Vollzeit ☐ Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Psychische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Aktuell in Behandlung? ☐ Nein ☐ Ja, und zwar
Erziehungsstil der Mutter: ☐ ausgeglichen ☐ streng ☐ freizügig ☐ unsicher

Bei getrenntlebenden Eltern:

Lebt Mutter in neuer Partnerschaft: ☐ Nein ☐ Ja
Geburtsjahr: Aktuelle Tätigkeit:
Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Familie mütterlicherseits:Großmutter Geburtsjahr: Kontakt vorhanden: ☐ Ja ☐ NeinKörperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar Großvater Geburtsjahr: Kontakt vorhanden: ☐ Ja ☐ NeinKörperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar Geschwistern der Mutter (Anzahl): Kontakt vorhanden: ☐ Ja ☐ NeinKörperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ Nein ☐ Ja, und zwar

Weitere körperliche / psychiatrische Erkrankungen in der mütterlichen Verwandtschaft? (ADS, Legasthenie, Schulprobleme, psychische Erkrankungen, etc.):

Geschwister (Leiblich (L), Halb- (H) und Stiefgeschwister (S))Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ SSchule/Beruf: Erkrankungen: Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ SSchule/Beruf: Erkrankungen: Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ SSchule/Beruf: Erkrankungen: Name: Geb. Datum: ☐ L ☐ H ☐ SSchule/Beruf: Erkrankungen:

Sonstige Bezugspersonen/ Betreuungspersonen Ihres Kindes?

Welchem Elternteil ist Ihr Kind ähnlich? Zu wem hat es eine enge Beziehung?

Sonstiges (z. B. häufig Streitigkeiten in der Familie, was ist die vorherrschende emotionale Stimmung in der Familie):

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!