

Anamnesebogen

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,
in diesem Fragebogen werden Informationen zur familiären Situation sowie zur kindlichen Entwicklung erfragt. **Die Daten sind ausschließlich für meinen persönlichen internen Gebrauch bestimmt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Mit Ihrer Zusendung bzw. Unterschrift bestätigen Sie die geltenden Datenschutzbestimmungen, welche Sie jederzeit in der Praxis einsehen können.**

Kind oder Jugendliche/r

Kind/Jugendlicher/r	
Name, Vorname	
Geburtsdatum/Alter	
Das Kind lebt bei:	☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Heim/WG ☐ in einer anderen Einrichtung
Adresse	
Kinderarzt/Hausarzt	
Versicherung	☐ gesetzlich, bei: _____ ☐ privat, bei: _____

Eltern

Eltern	Vater	Mutter
Name, Vorname		
Alter u. Geburtsdatum		
Adresse		
Telefonnummer/n		
E-Mail-Adresse		
Höchster Schulabschluss		
Berufsausbildung		
Derzeitige Tätigkeit		

Geschwister des Kindes (incl. Halb- und Stiefgeschwister):

Name, Vorname	Geb.datum	Kind lebt bei:

Beobachten Sie bei Ihrem Kind zur Zeit eines oder mehrere der folgenden Symptome?

☐ Kopfschmerzen ☐ Bauchschmerzen ☐ Schwindelgefühle ☐ Herzklopfen ☐ Essstörung ☐ Schlafstörungen ☐ Alpträume ☐ Einkoten ☐ Einnässen am Tage ☐ Nächtliches Einnässen ☐ Nägelkauen ☐ Daumenlutschen ☐ Aggressivität gegen sich selbst ☐ Aggressivität gegen andere ☐ Aggressivität gegen Gegenstände	☐ Lügen ☐ Weglaufen ☐ Feuerspiele ☐ Stehlen ☐ Suchtartiges Verhalten ☐ Hemmungen ☐ Kontaktschwierigkeiten ☐ Einsamkeit ☐ Sprechhemmungen ☐ Depressionen ☐ Konzentrationsprobleme ☐ Unruhe ☐ Selbstmordgedanken ☐ Ängste, welche.....
---	---

Welche Probleme stehen im Vordergrund, was sind Ihre Sorgen und Beobachtungen bei Ihrem Kind?

Welche Hilfen wünschen Sie sich für Ihr Kind und Ihre Familie?

Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?:

Eltern Kindergarten Schule Beratungsstelle Arzt
Verwandte/Freunde Sonstige: _____

Wurde Ihr Kind bereits an anderer Stelle untersucht, behandelt, vorgestellt?

Wenn möglich: NAME und ZEITRAUM!

Physiotherapie: _____

Logopädie/Sprachtherapie: _____

Ergotherapie _____ Psychomotorik: _____

Heilpädagogik: _____ Frühförderung: _____

Psychotherapie (WANN und bei WEM?): _____

Erziehungsberatungsstelle: _____

Schulpsychologischer Dienst : _____

Ärzte: _____

Kinderklinik, Ambulanz: _____

Kinder- und Jugendpsychiatrie: _____

Sozialpädiatrisches Zentrum: _____

Angaben zur Schwangerschaft:

Aus der wievielten Schwangerschaft stammt das angemeldete Kind? _____

Gab es Fehl- oder Totgeburten?

Nein Ja: (wann, welcher Schwangerschaftsmonat?) _____

Gab es auffällige Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen:

Nein Ja: (welche Befunde?) _____

Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen?

Nein Ja: (welche?) _____

Sonstige, auch seelische oder körperliche Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft?

Nein Ja: (welche?) _____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht? Nein Ja: (Zig./Tag): _____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? Nein Ja

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Drogen genommen? Nein Ja

Angaben zur Geburt (zu finden im gelben Vorsorgeheft):

Alter der Mutter bei Geburt: _____ Alter des Vaters bei Geburt: _____

In welcher Schwangerschaftswoche war die Geburt? _____ SSW.

Ort der Geburt: Hausgeburt Klinik (welche?) _____

Wurde die Geburt künstlich eingeleitet? Nein Ja: (warum?) _____

Gab es eine der folgenden Besonderheiten während der Entbindung:

Zange, Saugglocke? Nein Ja

Kaiserschnitt? Nein Ja: (warum?) _____

grünes Fruchtwasser? Nein Ja

Nabelschnurkomplikationen, Nein Ja: (welche?) _____

Andere Besonderheiten: Nein Ja: (welche?) _____

Angaben zum Neugeborenen (zu finden im gelben Vorsorgeheft):

Gab es Besonderheiten nach der Geburt? Nein Ja: (welche?) _____

Säuglingsalter:

Wurde das Kind gestillt? Nein Ja: (wie lange?) _____

Bestand Trinkschwäche, geringe Gewichtszunahme? Nein Ja

Auffällige Unruhe/Schreien in den ersten Lebenswochen? Nein Ja

Auffällig viel geschlafen in den ersten Lebenswochen? Nein Ja

Andere Probleme oder Sorgen in der Säuglingszeit: _____

Säuglings- und Kleinkindalter:

Probleme beim Schlafen? Nein Ja: _____

Probleme beim Essen? Nein Ja: _____

Häufiges Schreien? Nein Ja: _____

War das Kind auffällig ruhig unruhig schreckhaft?

Probleme beim Hören? Nein Ja: _____

Probleme beim Sehen? Nein Ja: _____

Probleme beim Wachstum: Nein Ja **oder Gewichtszunahme:** Nein Ja

Entwicklung:

Anblicken mit: _____ Monaten ohne Unterstützung Sitzen: _____ Monate

Zurücklächeln mit: _____ Monaten Krabbeln/Robben mit: _____ Monaten

Frei Stehen mit: _____ Monaten Freies Laufen mit: _____ Monaten

Erste zweisilbige Worte (z.B. Mama, Papa, Lala) mit: _____ Monaten

Zweiwortsätze sprechen mit: _____ Jahren, Dreiwortsätze sprechen mit: _____ Jahren

(Fast) selbständig Essen mit: _____ Jahren, Selbstständig Anziehen mit: _____ Jahren

Sauber tags mit: _____ Jahren, Sauber nachts mit: _____ Jahren

Trocken tags mit _____ Jahren, Trocken nachts mit: _____ Jahren

Besuch des Kindergartens/Kindertagesstätte:

Ja, ab _____ Jahren Nein, weil _____

Regelkindergarten

Integrativer Kindergarten

Heilpädagogischer Kindergarten

Gibt oder gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Besonderheiten, Sorgen in folgenden Bereichen?

beim Spiel mit anderen Kindern

bei Regeln und Einordnen in der Gruppe

bei Aufmerksamkeit/Konzentration

in der körperl. Geschicklichkeit/Bewegung

in der Geschicklichkeit der Finger/Hände

Andere Probleme, welche? _____

Wenn Ihr Kind noch den Kindergarten besucht, dann:

Name und Telefonnummer des Kindergartens: _____

Name der Hauptbezugserzieherin: _____

Besuch der Schule/Schulzeit:

Rückstellung vom Schulbesuch? Nein Ja, wegen _____

Einschulung mit: _____ Jahren; Ihr Kind besucht jetzt die Klasse: _____

Welche Schule besucht Ihr Kind zu Zeit?: _____

Name der Schule: _____

Name und Telefonnummer des Klassenlehrers: _____

Wiederholung von Klassen? Nein Ja, wegen _____

Welche Klasse/n wurde/n wiederholt? _____

Die jetzigen Schulleistungen sind gut durchschnittlich eher schlecht

Gibt es oder gab es in der Schule Auffälligkeiten, Probleme, Sorgen in folgenden Bereichen?

Streit/Konflikte mit anderen Schulkindern Streit/Konflikte mit Lehrern/innen

Unruhe und/oder störendes Verhalten Konzentration/Aufmerksamkeit

Rechnen Lesen Schreiben/Schrift Hausaufgaben Ordnung

Die genannten Probleme bestehen

in den meisten Fächern in bestimmten Fächern; welchen? _____

Ein Schulwechsel ist empfohlen oder gewünscht oder steht bevor

Sonstiges: _____

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

Vorerkrankungen des Kindes:

Ist Ihr Kind schon einmal operiert worden? Nein Ja, wegen _____

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Nein Ja: (welche?) _____

Sonstige Erkrankungen und Diagnosen: _____

Familiengeschichte:

Sind Vater und Mutter des Kindes miteinander blutsverwandt?

Nein

Ja

Fragen zur Kindheit der Mutter / des Vaters:

Bei wem sind Sie bis zum 18. Lebensjahr aufgewachsen?

Mutter: _____

Vater: _____

Haben Sie selbst Geschwister?

Mutter	Vater
Nein Ja (unten weiter)	Nein Ja (unten weiter)
Anzahl:	Anzahl:
Position in der Geschwisterreihe:	Position in der Geschwisterreihe:

Wie haben Sie Ihr eigenes Elternhaus bis zu Ihrem 6. Lebensjahr erlebt?

(z.B.: sehr gut bis mangelhaft; Eltern getrennt, Elternteil ernsthaft erkrankt oder verstorben, Geschwister ernsthaft erkrankt oder verstorben, andere Besonderheiten)

Mutter. _____

Vater: _____

Wie haben Sie Ihr eigenes Elternhaus zwischen Ihrem 7. und 12. Lebensjahr erlebt?

(z.B.: sehr gut bis mangelhaft; Eltern getrennt, Elternteil ernsthaft erkrankt oder verstorben, Geschwister ernsthaft erkrankt oder verstorben, andere Besonderheiten)

Mutter: _____

Vater: _____

Wie war Ihr Elternhaus zwischen Ihrem 13. und 18. Lebensjahr?

(z.B.: sehr gut bis mangelhaft; Eltern getrennt, Elternteil ernsthaft erkrankt oder verstorben, Geschwister ernsthaft erkrankt oder verstorben, andere Besonderheiten)

Mutter: _____

Vater: _____

Aktuelle Familiensituation:

Beziehung Ihres Kindes zur Mutter: _____

Beziehung Ihres Kindes zum Vater: _____

Beziehung zu den Geschwistern: _____

Bedeutung der Großeltern für Ihr Kind: _____

Verlauf Ihrer Ehe/Partnerschaft: _____

Wer hat den Bogen ausgefüllt? _____

Bogen ausgefüllt am: _____ Unterschrift: _____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die Anmeldung des Kindes nach Information und mit Einverständnis aller Sorgeberechtigten erfolgt.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Mithilfe,

Mona Willke