

# Anamnesebogen

## Vorzustellendes Kind

Vor- Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.- Datum : \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer (PatientIn): \_\_\_\_\_

Hauptversicherter (Name): \_\_\_\_\_

(Geb.-Datum, Anschrift): \_\_\_\_\_

(Versichertennummer): \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Überweisung von einem Arzt ? Ja / Nein

## Eltern

### Mutter

Vor- Nachname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum : \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

### Vater

Vor- Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Wer ist sorgeberechtigt?:  Eltern haben gemeinsames Sorgerecht,  Mutter ist allein sorgeberechtigt,  Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon) \_\_\_\_\_

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht / das Gesundheitsorgerecht liegt bei einem Elternteil/Vormund:

## Schwangerschaft und Geburt

### **Schwangerschaft**

Verlauf:  unauffällig  auffällig: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte unterstreichen: Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

### **Geburt**

In welcher Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_g Länge: \_\_\_\_\_cm

Besonderheiten? \_\_\_\_\_

## Frühe Kindheit

### **Neugeborenenperiode**

Gab es Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

### **Säuglingsperiode**

Gestillt?  nein  ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihr Kind während des Säuglingsalters ein? (ruhiges Kind / Schreikind,...): \_\_\_\_\_

### **Kleinkindperiode**

Ab wann konnte Ihr Kind frei laufen? \_\_\_\_\_

Wie war die Sprachentwicklung Ihres Kindes? (ab wann 1 Wort, Zweiwortsätze...) \_\_\_\_\_

Wie war das Spielverhalten Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

Wann war das Kind trocken? tags \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_, Wann war das Kind sauber? tags \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_, Gab es erneutes Einnässen/Einkoten im späteren Verlauf?  nein  ja: \_\_\_\_\_

### **Kindergarten**

Hat das Kind einen Kindergarten/Kita besucht?  nein  ja (Zeitraum) \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind beim Besuch des Kindergartens Trennungsängste?  nein  ja

Hatte Ihr Kind Freunde in der Gruppe?  nein  ja

Gab es dort Auffälligkeiten im Kontaktverhalten?  nein  ja \_\_\_\_\_

### **Schule/ Berufsausbildung**

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

Gab es Schwierigkeiten der Eingewöhnung in den schulischen Kontext? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Schulen (Schulart, Name) wurden in welchem Zeitraum besucht? \_\_\_\_\_

Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_

Besucht das Kind die schulische Nachmittagsbetreuung?  nein  ja

Werden die Hausaufgaben in der Schule erledigt oder zu Hause? \_\_\_\_\_

Gibt es Schulprobleme:  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie ist die soziale Integration in der Schule? \_\_\_\_\_

Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor? \_\_\_\_\_

Wird eine Berufsvorbereitende Maßnahme/Berufsausbildung/Studium absolviert?  nein  ja

Welche(s)? \_\_\_\_\_

### **Medienkonsum**

(hierzu zählt: Fernsehen, Internet, Computer, Tabletcomputer, Smartphone, Handy, Spielekonsolen und alle anderen elektronischen Medien) Wie viele Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

\_\_\_\_\_ Stunden pro Tag an Schultagen \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag an schulfreien Tagen

### **Konsum von Suchtmitteln**

Raucht Ihr Kind Zigaretten? Wenn ja, seit wann und wie viel? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol? Wenn ja, seit wann und wie viel? \_\_\_\_\_

Wurden in der Vergangenheit andere Drogen ausprobiert oder konsumiert? Wenn ja, welche, wie oft/viel?

### **Geschwister**

Bitte führen Sie Geschwister und Halbgeschwister auf der Folgeseite auf:

Name, Vorname:	Geburtsdatum:	Schule / Beruf:

**Krankheitsgeschichte**

**Familienanamnese**

Gab es bisher psychiatrische Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

---



---

Gab es andere (chronische) Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche und bei wem? \_\_\_\_\_

---



---

**Körperliche Erkrankungen**

Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? \_\_\_\_\_

Gibt es sonstige Erkrankungen oder Behinderungen? \_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente werden eingenommen? \_\_\_\_\_

**Bisherige Therapien**

War Ihr Kind bereits in stationärer psychosomatischer und oder psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wann und warum war Ihr Kind in welcher Behandlung?

---



---

War Ihr Kind bereits in ambulanter Psychotherapie? Wenn ja, in welchem Zeitraum und warum war Ihr Kind in welcher Behandlung?

---



---

War oder ist Ihr Kind in ambulanter kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wann war Ihr Kind in welcher Behandlung?

---



---

Gab es bisher bereits andere Therapien? z.B. Ergo-, Logo-, Physio- Therapie? Wenn ja, wann war Ihr Kind in welcher Behandlung?

---



---

**Beteiligte andere Institutionen**

Gab es bereits Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, welche Hilfen liefen bereits und laufen aktuell und welches Jugendamt ist zuständig?

---



---

Gab es Kontakt zu anderen Institutionen (z.B. Beratungsstellen)? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---



---

**Danke für Ihre Zeit und Mühe des vollständigen Ausfüllens des Anamnesebogens.**