



ANAMNESEBOGEN

Wir bitten Sie, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit wir die Schwierigkeiten Ihres Kindes bestmöglich einschätzen können.

KIND

Name, Vorname _____ Geb. _____

Wohnhaft bei Mutter _____ Vater _____

Sorgerecht liegt bei Mutter _____ Vater _____ beide _____ Sonstige _____

Versichert gesetzlich _____ privat _____ gesetzlich plus Zusatzversicherung _____

Schule Schulform _____ Klasse _____

Kinderarzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin / Name, Anschrift _____

MUTTER

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Festnetz _____ Handy _____ Email _____

VATER

Name, Vorname _____ Geb. _____

Adresse _____

Festnetz _____ Handy _____ Email _____

VORSTELLUNGSGRUND

Hauptproblem

Wann traten die Probleme erstmals auf? _____

Wer hat die Vorstellung empfohlen? _____

Belastende Lebensereignisse (z.B. Trennungserfahrungen, Scheidung der Eltern, Tod wichtiger Bezugspersonen, etc.)

Erwartungen/Ziele der Vorstellung Ihres Kindes in unserer Praxis



ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES

Bitte entnehmen Sie auch Informationen aus dem Mutterpass, gelben Untersuchungs-(U-)Heft und Impfpass.

Die folgenden 2 Punkte werden vom Arzt ergänzt!

Impfstatus vollständig ausstehend: _____

Gelbes U-Heft vollständig ausstehend: _____

SCHWANGERSCHAFT

Anzahl Schwangerschaften _____ Anzahl Geburten _____ Alter Mutter bei Entbindung _____

Komplikationen/Risikofaktoren nein ja, und zwar _____

Substanzkonsum (z.B. Nikotin, Alkohol, Medikamente, anderes)

nein ja, und zwar _____

GEBURT

spontane Geburt

eingeleitet

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche _____

Normalgeburt

Kaiserschnitt

Komplikationen nein ja, und zwar _____

Geburtsparameter Größe _____ Gewicht _____ Kopfumfang _____ APGAR _____

Auffälligkeiten beim Kind nach der Geburt? nein ja, und zwar _____

Körperliche und psychische Probleme der Mutter nach der Geburt? nein ja, und zwar _____

SÄUGLINGS- / KLEINKINDALTER

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind als Säugling/Kleinkind Probleme?

nein ja, und zwar: vermehrtes Schreien Probleme mit dem Füttern
Schlafprobleme _____

Meilensteine der Entwicklung: freies Laufen _____ erste Worte _____ erste Sätze _____
(im Alter von/Monate) tagsüber trocken _____ nachts trocken _____ sauber _____

Wie würden Sie das Verhalten Ihres Kindes als Kleinkind beschreiben?



ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES

KINDERGARTENBESUCH

Ist Ihr Kind vor dem 3. Lebensjahr außerhalb der Familie betreut worden?

nein

ja, wie? ab wann? _____

Trennungsschwierigkeiten?

nein

ja, wie lange _____

Sozialverhaltensschwierigkeiten?

nein

ja, und zwar _____

andere Probleme?

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht?

nein

ja, ab wann _____

Trennungsschwierigkeiten?

nein

ja, wie lange _____

Sozialverhaltensschwierigkeiten?

nein

ja, und zwar _____

andere Probleme?

Hat Ihr Kind den Kindergarten gewechselt?

nein

ja (Wann? Grund?) _____

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

Einschulung: Alter _____

zeitgerecht

vorzeitig zurückgestellt, weil _____

Regelschule

Förderschule (Lernhilfe/Erziehungshilfe/Schule für Praktisch Bildbare/Schule für Kranke)

Aktuell besuchte Klasse und Schulform _____

Wie beurteilen Sie die Leistungen Ihres Kindes?

unterdurchschnittlich

durchschnittlich

überdurchschnittlich

Klassenwiederholungen

nein

ja, und zwar _____

Schulwechsel

nein

ja (Wann? Grund?) _____

Hinweise auf Teilleistungsstörungen

nein

ja, und zwar _____

(Lese- und Rechtschreibstörung/Rechenstörung)

Weitere schulische Probleme

Ggf. Schulabschluss/Werdegang _____



ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES

BISHERIGE BEHANDLUNGEN/FÖRDERUNGEN/HILFEN

Art der Behandlung	Alter (bei Beginn)	Dauer	Warum? / Wo / Mit welchem Erfolg?
Ergotherapie			
Logopädie			
Lerntherapie			
Beratungsstelle			
Ambulante Psychotherapie			
Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung			
Teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung (Tagesklinik)			
Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung			
Sonstiges (z.B. körperliche Erkrankung)			
Medikation			
Bisherige Diagnosen			



ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES

JUGENDAMT

Gibt es Kontakt mit dem Jugendamt?

nein

ja

Name Jugendamt _____

Zuständiger Sachbearbeiter _____

Art der Hilfe durch das Jugendamt

Beginn/Dauer/Umfang (pro Woche)

Beratung

Ambulante Hilfe (z.B. SPFH/Betreuungshilfe)

Teilstationäre Hilfe (Tagesgruppe)

Vollstationäre Hilfe (Wohngruppe)

Anderes

KÖRPERLICHE ERKRANKUNGEN

Welche Kinderkrankheiten traten auf? _____

Bekannte Allergien

nein

ja, und zwar _____

Hinweise auf Krampfanfälle

nein

ja, und zwar _____

Schwere oder chronische Erkrankungen

nein

ja, und zwar _____

Operationen

nein

ja, und zwar _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

nein

ja, und zwar _____

Brillenträger

nein

ja, und zwar _____

WEITERES

Hat Ihr Kind Probleme beim

(Ein-)Schlafen

Essen bzw. mit dem Appetit

Freundschaften schließen und aufrecht halten

Falls ja, welche

Gibt es Hinweise, dass Ihr Kind die folgenden Substanzen konsumiert?

Nikotin

nein

ja, Menge _____

Alkohol

nein

ja, Menge _____

andere Drogen

nein

ja, Substanz und Menge _____

Wie ausgeprägt ist der Medienkonsum Ihres Kindes (durchschnittliche Stundenzahl pro Tag)?

PC-Spiele _____ Std./Tag

Spielkonsolen (z.B. Nintendo, Playstation) _____ Std./Tag

Handy _____ Std./Tag

Fernsehen _____ Std./Tag

Internet _____ Std./Tag

soziale Medien (z.B. Instagram, TikTok,...) _____ Std./Tag

Bevorzugte Aktivitäten am Handy/im Internet? _____

Welche Hobbys hat Ihr Kind? _____

Sexuelle Entwicklung: Bestehen sexuelle Interessen / Kontakte? Bestehen Unsicherheiten in / Schwierigkeiten wegen der sexuellen Orientierung?

Wie beschreiben Sie Ihren Erziehungsstil?

FAMILIENGESCHICHTE

LEBENSSITUATION DES KINDES

Das Kind lebt derzeit bei:

bei beiden leiblichen Eltern

bei leiblicher Mutter ggf. Stiefvater/Ersatzvater? _____

bei leiblichem Vater ggf. Stiefmutter/Ersatzmutter? _____

in einer Pflegefamilie seit _____ Name Pflegefamilie _____

in einer Adoptivfamilie seit _____ Name Adoptivfamilie _____

in einer Heimeinrichtung seit _____ Name Einrichtung _____

Wenn Eltern getrennt/geschieden: Wann Trennung? _____ Wann Scheidung? _____

Umgangsregelung _____

Wohnsituation _____

Finanzielle Situation gut ausreichend angespannt

WERDEGANG DER LEIBLICHEN MUTTER

Nationalität _____

Schulabschluss nein ja, und zwar _____

Ausbildung nein ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit nein ja, und zwar _____

Wochenstunden _____ Schichtdienst _____

Körperliche Erkrankungen nein ja, und zwar _____

Psychische Probleme nein ja, und zwar _____

Behandlung? nein ja, und zwar _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

Lebt Mutter in neuer Partnerschaft? nein ja, und zwar _____

Partner (Name, Vorname) _____ Alter _____

Aktuelle Tätigkeit _____ Psychische Erkrankungen _____

Weitere körperliche/psychiatrische Erkrankungen in der mütterlichen Verwandtschaft?



FAMILIENGESCHICHTE

WERDEGANG DES LEIBLICHEN VATERS

Nationalität _____

Schulabschluss nein ja, und zwar _____

Ausbildung nein ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit nein ja, und zwar _____

 Wochenstunden _____ Schichtdienst _____

Körperliche Erkrankungen nein ja, und zwar _____

Psychische Probleme nein ja, und zwar _____

 Behandlung? nein ja, und zwar _____

.....

Bei getrennt lebenden Eltern:

Lebt Vater in neuer Partnerschaft? nein ja, und zwar _____

 Partner (Name, Vorname) _____ Alter _____

 Aktuelle Tätigkeit _____ Psychische Erkrankungen _____

.....

Weitere körperliche/psychiatrische Erkrankungen in der väterlichen Verwandtschaft?

GESCHWISTER (Halb-/Stief- und leibliche Geschwister)

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

Name _____ Alter _____ Schule/Beruf _____ Erkrankungen _____

.....

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe!