

Anamnesefragebogen

Liebe Eltern,

wir würden uns freuen, wenn Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist, beantworten. Je genauer die Informationen sind, die wir von Ihnen und Ihrem Kind erhalten, desto besser können wir uns auf das erste Gespräch mit Ihnen vorbereiten und gezieltere Hilfe leisten.

Name des Kindes:

Geburtstag des Kindes:

Wie haben Sie von uns erfahren?

Was sind ihre Sorgen bzw. welche Probleme hat Ihr Kind?

Seit wann bestehen diese Schwierigkeiten?

Wie ist der Appetit Ihres Kindes?

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich? Gibt es Einschlaf-/Durchschlafprobleme? Ist der Schlaf erholsam? Gibt es Alpträume?

Hat Ihr Kind regelmäßigen Stuhlgang?

Gab es bisher andere Therapien oder andere Hilfen?

(z. B. Ergo-, oder Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, Klinikaufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung).

Bitte BehandlerIn/ Institutionen, Adresse und Zeitraum angeben.

Familie

Wer ist sorgeberechtigt? *(bitte ankreuzen)*

- Eltern haben gemeinsames Sorgerecht
- Mutter ist allein sorgeberechtigt
- Vater ist allein sorgeberechtigt
- bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:
Name, Adresse und Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

- Sonstige (Name, Adresse, Telefon):

Angaben zu den Eltern:

Mutter:	Vater:
Name:	Name:
Alter:	Alter:
Schulabschluss:	Schulabschluss:
Ausbildung/Studium:	Ausbildung/Studium:
Ausgeübter Beruf (Umfang):	Ausgeübter Beruf (Umfang):
Erkrankungen der Mutter:	Erkrankungen des Vaters:
Psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenien, Alkoholsucht, Depressionen)?	Psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenien, Alkoholsucht, Depressionen)?
Erkrankungen in der Familie (z.B. Großeltern)?	Erkrankungen in der Familie (z.B. Großeltern)?

Angaben zu den Geschwistern des Kindes (bitte auch Angaben zu Stief-/Halb- und Adoptivgeschwistern):

Name:	Name:	Name:	Name:
Alter: Jahre	Alter: Jahre	Alter: Jahre	Alter: Jahre
Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:

Wohnsituation:

Wie wohnen Sie (Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus, wer wohnt alles in der gemeinsamen Wohnung...)?

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? *(bitte ankreuzen)*

- ja
- nein

Hat Ihr Kind die Möglichkeit mit anderen Kindern aus der Nachbarschaft zu spielen (z.B. im Innenhof, auf dem Spielplatz, etc.?)

Wie würden Sie die familiäre Atmosphäre beschreiben (z.B. harmonisch, Trennungsgedanken, gibt es viel Streit)?

Besteht Kontakt zu den Großeltern/Tanten/Onkeln oder anderen wichtigen Familienmitgliedern?

Schwangerschaft:

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

(wie z.B. Erbrechen, Blutungen, Röteln, Toxoplasmose, Diabetes, erhöhter Blutdruck, Nierenerkrankung, Krampfanfälle, Ohnmacht, andere)

Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Schwangerschaft zu (*bitte ankreuzen*):

- Operationen
- Rauchen
- Alkohol
- Medikamente
- Drogen
- seelische Belastungen

Gab es sonstige Dinge in der Schwangerschaft, die Ihnen wichtig erscheinen?

In welcher Schwangerschaftswoche ist ihr Kind geboren?

War die Schwangerschaft erwünscht?

Gab es Komplikationen während der Geburt?

Gewicht: _____g Länge: _____cm Kopfumfang: _____cm APGAR-Wert: _____
(Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft)

Neugeborenenperiode:

Gab es Auffälligkeiten, wie (*bitte ankreuzen*)

- Gelbsucht
- Phototherapie im Zeitraum:
- Anpassungsstörungen
- Frühchen
- Atmungsprobleme
- Beatmung
- Wärmebettchen
- Sepsis / Infektion des Neugeborenen
- Nichts davon

Sonstiges (*bitte beschreiben*):

Säuglingsperiode:

Haben Sie ihr Kind gestillt?

- Nein
- ja, wie lange?

War das Kind ein:

- „Schreikind“
- ruhiges Kind

Sonstiges:

Kleinkindperiode:

Ab wann konnte das Kind freilaufen?

Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann sprach das Kind in Zweiwortsätzen?)

Wie war das Spielverhalten/ Trotzphase?

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung (wann war Ihr Kind tagsüber und nachts trocken)?

Gesundheitszustand:

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind (z.B. *Röteln, Windpocken*)?

Gibt es sonstige bekannte Krankheiten?

Gab es jemals auffällige Untersuchungsbefunde in Bezug auf Hören oder Sehen?

Sind Allergien bekannt?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?

Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall?

Wurde Ihr Kind jemals operiert? Wenn ja, wann und warum?

Gab es einen Krankenhausaufenthalt? Wenn ja, wann und warum?

Gab es Unfälle? Wenn ja, wann und welche?

Kindergarten:

Hat das Kind einen Kindergarten besucht bzw. besucht es derzeit einen Kindergarten?

- nein
 - ja (*bitte Zeitraum angeben*):
-

Handelt es sich um einen integrativen Kindergarten?

- ja
- nein

Hatte/Hat Ihr Kind Freunde in der Gruppe?

Gab es Auffälligkeiten im Kindergarten?

(z.B. *starke Unruhe, Aufmerksamkeitsstörung, aggressives Verhalten gegenüber Erziehern/ Kindern, Trennungsangst, Kontaktstörungen*)

Schullaufbahn:

Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant?

Welche Schulen wurden besucht (*bitte auflisten*)?

-
-
-
-

In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt?

Handelt es sich um eine Ganztagschule?

- nein
- ja

Werden die Hausaufgaben in der Schule oder Zuhause gemacht?

Gibt es Probleme in der Schule?

Hat Ihr Kind Freunde in der Schule? Wenn ja, wie viele?

Für Jugendliche

Berufsausbildung:

Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor, wenn ja welcher/welches?

Wird derzeit eine Berufsausbildung/Studium absolviert?

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert?

Sonstige Fragen:

Ist Ihr Kind zurzeit anderweitig in kinder-und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

Wie stark sind Sie aufgrund der oben beschriebenen Probleme belastet (*gar nicht, leicht, mäßig, stark, sehr stark*)?

Welche Erwartungen/Wünsche haben Sie an die Behandlung in unserer Praxis?

Ihr Termin in unserer Praxis ist am _____

Bitte bringen Sie an diesem Tag die Krankenversicherungskarte Ihres Kindes mit.

Wir danken Ihnen herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens!