MVZ FÜR ENTWICKLUNGSFÖRDERUNG
VON KINDERN & JUGENDLICHEN GmbH

üBAG **MVZ für Entwicklungsförderung**
Kornmesserstr. 10
12205 Berlin
E-Mail: lichterfelde@rosero.de
Karl-Marx-Str: 80
12043 Berlin
E-Mail: neukoelln@rosero.de
Chemnitzer Str. 148-152
12621 Berlin
marzahn@rosero.de

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?
- ○ ja
- ○ nein

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 Behandler*in/Institutionen, Adresse und Zeitraum angeben)*?

Angaben zur Familie

Wer ist sorgeberechtigt? *(bitte ankreuzen)*

- ○ Eltern haben gemeinsames Sorgerecht
- ○ Mutter ist allein sorgeberechtigt
- ○ Vater ist allein sorgeberechtigt
- ○ bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:
  Name, Adresse und Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

- ○ Sonstige *(Name, Adresse, Telefon):*

Name der Bezugsperson 1:	**Name der Bezugsperson 2:**
Geburtsjahr:	**Geburtsjahr:**
Schulabschluss:	**Schulabschluss:**
Ausbildung/Studium:	**Ausbildung/Studium:**
Ausgeübter Beruf *(Umfang)*:	**Ausgeübter Beruf *(Umfang)*:**
Körperliche und psychische Erkrankungen der Bezugsperson:	**Körperliche und psychische Erkrankungen der Bezugsperson:**
Körperliche und psychische Erkrankungen der leiblichen Eltern *(falls abweichend)*:	
Erkrankungen in der Familie der Bezugsperson 1*:*	**Erkrankungen in der Familie der Bezugsperson 2:**

Geschwister des Kindes *(bitte auch Stief-, Halb- und Adoptivgeschwistern angeben)*:

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

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

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

- ○ 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?

Angaben zur Entwicklung

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*?*

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

War die Schwangerschaft erwünscht?

- o ja
- o nein

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

In welcher Schwangerschaftswoche ist ihr Kind geboren?

Handelte es sich um eine natürliche Geburt oder einen Kaiserschnitt?

Gab es Komplikationen während der Geburt *(Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft)?*

Gewicht:_____g Länge:_____cm Kopfumfang:_____cm APGAR-Wert:_____

Neugeborenenperiode:

Gab es Auffälligkeiten?

- o Gelbsucht
- o Phototherapie im Zeitraum:
- o Anpassungsstörungen
- o Frühchen
- o Atmungsprobleme
- o Beatmung
- o Wärmebettchen
- o Sepsis / Infektion des Neugeborenen
- o Nichts davon
- o Sonstiges (*bitte beschreiben*):

Säuglingsalter:

Haben Sie ihr Kind gestillt?

- o Nein
- o ja, wie lange?

War das Kind ein:

- o „Schreikind“
- o ruhiges Kind
- o Sonstiges *(bitte beschreiben)*:

Kleinkindalter:

Ab wann konnte das Kind freilaufen?

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

Wie war das Spielverhalten?

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?

Kindergartenalter:

Hat das Kind einen Kindergarten besucht bzw. besucht es derzeit einen Kindergarten
- ja (*bitte Zeitraum angeben*):
- nein

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 Erzieher*innen oder Kindern, Trennungsangst, Kontaktstörungen)*?

Schulalter:

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 Ganztagsschule?
- ja
- nein

Wo werden die Hausaufgaben gemacht?
- in der Schule
- zu Hause

Gibt es Probleme in der Schule?

Hat Ihr Kind Freund*innen in der Schule? Wenn ja, wie viele?

Jugendalter:

Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor?

Wird derzeit eine Berufsausbildung oder ein Studium absolviert?

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert?

Sonstige Angaben

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

- ○ ja *(bitte angeben)*:
- ○ nein

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

Welche Erwartungen oder 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!