

Liebe Eltern/Bezugsperson,

bitte nehmen Sie sich ein wenig Zeit und füllen Sie den folgenden Fragebogen aus. Die Angaben helfen uns Ihr Kind besser kennenzulernen. Gemäß unserer Datenschutzordnung (s. Aushang) werden wir Ihre Daten zwecks unserer Behandlung in der Praxis verwenden. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur mit Ihrer schriftlichen Zustimmung, welche jederzeit widerrufen werden kann. Bei Fragen stehen wir Ihnen selbstverständlich und gerne zur Verfügung.

Anamnesebogen

Allgemeine Daten

Vor- und Nachname des Patienten:

geboren am:

Geschlecht:

m

w

d

Anschrift:

Krankenkasse:

Erreichbarkeit:

Festnetznummer:

Handynummern:

Email-Adresse:

Wichtige Kontakte:

Kinderarzt:

Ambulanter Therapeut:

Kindergarten:

Schule:

Jugendamt/ Sozialamt:

Grund der Vorstellung:

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme in ambulanter oder stationärer Behandlung?

nein

ja

Wenn ja, in folgender Praxis / Klinik:

Aktuelle Familiensituation

Im Haushalt lebende Personen:

<u>Mutter:</u>	<u>Sorgerecht</u>	<u>Vater:</u>	<u>Sorgerecht</u>
<input type="checkbox"/> Leibliche Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leiblicher Vater	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Stiefmutter/ neue Partnerin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stiefvater/ neuer Partner	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pflegevater	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Keine		<input type="checkbox"/> Keiner	
 <input type="checkbox"/> Sonstige Personen:	 <input type="checkbox"/>		

Geschwister:

Name:	Geburtsdatum	Alter	Erkrankungen/ Auffälligkeiten	Leibl.	Halb-	Stief-
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist aus Ihrer Sicht Ihr Familieneinkommen? zu knapp ausreichend genügend

Wie ist aus Ihrer Sicht der Platz in Ihrer Wohnung? zu eng ausreichend groß

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? nein ja
Wenn nein, mit wem teilt sich ihr Kind das Zimmer?

Hat Ihr Kind ein eigenes Bett? nein ja
Wenn nein, mit wem teilt sich Ihr Kind das Bett?

Gibt es vergangene und aktuelle Belastungen sowie Krisen innerhalb Ihrer Familie (z.B. durch Krankheiten, Unfälle, Trennungen, Verluste)? nein ja
Wenn ja, folgende:

Angaben zu den Eltern

Mutter:

Vor- und Zuname:

Geboren am:

Höchster Schulabschluss:

Gelernter Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

Anzahl Schwangerschaften:

Anzahl Geburten:

Aktueller Familienstand: Ledig verheiratet geschieden

Bitte führen Sie Ihre Partnerschaften zu Lebzeiten des Kindes sowie gemeinsame Kinder auf und unterstreichen den Kindsvater:

Name (+gemeinsame Kinder)	Verheiratet	Geschieden	im Haushalt lebend
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperliche oder psychische Erkrankungen der Mutter:

Gibt es in der Familie mütterlicherseits (Eltern, Großeltern, Geschwister) körperliche wie Herzleiden, Stoffwechselstörungen, Epilepsie/ Anfallsleiden oder psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen/ Manie, Schizophrenie, Angst-/ Panikstörungen, Suchterkrankungen) oder geistige Behinderungen?

nein ja Bitte führen Sie die Erkrankungen auf:

Familienmitglied Erkrankungen

Vater:

Vor- und Zuname:

Geboren am:

Höchster Schulabschluss:

Gelernter Beruf:

Aktuelle Tätigkeit:

Aktueller Familienstand: Ledig verheiratet geschieden

Bitte führen Sie Ihre Partnerschaften zu Lebzeiten des Kindes sowie gemeinsame Kinder auf und unterstreichen die Kindsmutter:

<u>Name (+ gemeinsame Kinder)</u>	<u>Verheiratet</u>	<u>Geschieden</u>	<u>im Haushalt lebend</u>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperliche oder psychische Erkrankungen des Vaters:

Gibt es in der Familie väterlicherseits (Eltern, Großeltern, Geschwister) körperliche wie Herzleiden, Stoffwechselstörungen, Epilepsie/ Anfallsleiden oder psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen/ Manie, Schizophrenie, Angst-/ Panikstörungen, Suchterkrankungen) oder geistige Behinderungen?

nein ja Bitte führen Sie die Erkrankungen auf:

Familienmitglied Erkrankungen

Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant bzw. war Ihr Kind ein Wunschkind? nein ja

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? nein ja

Haben Sie während der Schwangerschaft Drogen konsumiert?
Wenn ja, welche? nein ja

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? nein ja

Gab es einen Nikotin-/Alkohol-/ Drogenentzug während der Schwangerschaft? nein ja

Waren Sie während der Schwangerschaft seelischen Belastungen ausgesetzt?
Wenn ja, welche? nein ja

Gab es während der Schwangerschaft Komplikationen?
Wenn ja, welche? nein ja

Geburt

- zeitgerecht
- zu früh/ zu spät (_____ SSW)
- normale Geburt
- lange Geburt
- Zangengeburt
- Kaiserschnitt
- Komplikationen während der Geburt:

Größe bei Geburt: _____ cm

Gewicht bei Geburt: _____ g

Apgar-Werte: / /

Erste Lebensstage:

- Unauffällig
- Herz/ Lungenprobleme
- Neugeborenenengelbsucht
- Kinderarztbesuch, weil ...

Frühkindliche Entwicklung des Kindes

Bitte geben Sie die Lebensmonate (LM) des Kindes an:

Motorische Entwicklung		Sprachliche Entwicklung		Sauberkeitserziehung		Ernährung	
freies Sitzen:	LM	Erstes Wort:	LM	Tags trocken:	LM	Vollgestillt bis:	LM
Robben:	LM	Erste Sätze:	LM	Nachts trocken:	LM	Teilgestillt bis:	LM
Krabbeln:	LM					Fläschchen bis:	LM
Stehen:	LM						
freies Gehen:	LM						

Gab es Störungen bzw. Schwierigkeiten bzgl. folgender Merkmale im Säuglings- und Kleinkindalter?

Merkmale	Durch welche Merkmale fühlten Sie sich belastet?
<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Häufiges Schreien	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Koliken	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Unruhe	<input type="checkbox"/>

Gab es im ersten Lebensjahr Auffälligkeiten in der Entwicklung?
Wenn ja, welche? nein ja

Gab es im ersten Lebensjahr besondere Schwierigkeiten im Umgang mit Ihrem Kind? Wenn ja, welche? nein ja

Gab es im ersten Lebensjahr Erkrankungen?
Wenn ja, welche? nein ja

Bestehen Unverträglichkeiten oder Allergien?
Wenn ja, folgende: nein ja

Wurden körperliche oder seelische Erkrankungen bei Ihrem Kind diagnostiziert? Wenn ja, welche? nein ja

von-bis	Diagnose	Behandelnder Arzt	Stationär?
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

Erhält Ihr Kind Medikamente?
Wenn ja, folgende: nein ja

Kindergartenzeit

Bitte listen Sie alle besuchten Kindergärten/ Tagesmütter auf:

von-bis	Name der Einrichtung	Auffälligkeiten/ Probleme

Geht/Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten/ zur Tagesmutter? nein ja

Geht/Ging Ihr Kind regelmäßig in den Kindergarten/ zur Tagesmutter? nein ja

Hatte es Schwierigkeiten während der Eingewöhnung (z.B. Trennungsprobleme)? nein ja

Berichten/Berichteten die ErzieherInnen/Tagesmutter über Schwierigkeiten im Kindergartenalltag (z.B. Kontaktschwierigkeiten mit anderen Kindern, Verhaltensauffälligkeiten)? Wenn ja, folgende: nein ja

Schulzeit

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell?

Hat Ihr Kind bereits eine oder mehrere Klassen wiederholt? nein ja

Wenn ja, folgende:

Bitte listen Sie alle besuchten Schulen auf:

von-bis	Name der Einrichtung	Auffälligkeiten/ Probleme

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? nein ja

Woran merken Sie das?

Hat Ihr Kind Freunde? nein ja
Wenn ja, wie viele Freunde hat Ihr Kind?

Gibt es Schwierigkeiten mit anderen MitschülerInnen? nein ja
Wenn ja, folgende:

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit LehrerInnen? nein ja
Wenn ja, folgende:

Gibt es vom Lehrer berichtete Auffälligkeiten? nein ja
Wenn ja, folgende:

Welche Schulfächer mag Ihr Kind?

Welche Schulfächer mag Ihr Kind nicht?

In welchen Schulfächern hat Ihr Kind Schwierigkeiten?

Wie reagieren Sie auf schulischen Erfolg?

Wie reagieren Sie auf schulischen Misserfolg?

Wo macht Ihr Kind die Hausaufgaben?

Wie viel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

Bekommt es Hilfe bei den Hausaufgaben? Wenn ja, von wem (z.B. Eltern, Geschwister, Verwandte, Nachhilfe) und bei welchen Aufgaben? nein ja

Erziehung

Wie loben Sie Ihr Kind?

Welche Belohnungen wirken bei Ihrem Kind?

Welche Konsequenzen nutzen Sie bei Ihrem Kind?

Welche Regeln haben Sie zu Hause?

Freizeitgestaltung des Kindes

Wie viele Stunden täglich schaut Ihr Kind TV?

Was schaut Ihr Kind im TV?

Wie viele Stunden täglich sitzt Ihr Kind am Computer?

Was macht Ihr Kind am Computer?

Welche Spiele spielt Ihr Kind am Computer?

Wie viele Stunden täglich nutzt Ihr Kind ein Handy?

Was macht Ihr Kind mit dem Handy?

Bitte schätzen Sie das Spielverhalten Ihres Kindes im Alter von 2-6 Jahren ein:

- spielt sehr selten
- spielt sehr gerne und ist verspielt
- hat wenig Phantasie
- zeigt wenig Kreativität
- spielt allein und selbstständig
- kann nicht verlieren
- hält sich nicht an Regeln
- zerstört öfters Spielsachen
- spielt vieles nebeneinander

Welche Hobbys hat Ihr Kind?

Was kann Ihr Kind besonders gut?

Haben Sie Haustiere? nein ja
Wenn ja, folgende:

Gestalten Sie als Familie Ihre Freizeit gemeinsam? nein ja
Wenn ja:

Was unternehmen Sie innerhalb der Woche?

Was unternehmen Sie als Familie am Wochenende?

Wie ist das Schlafverhalten Ihres Kindes?

- ungestört
- Einschlafstörungen
- Durchschlafstörungen
- Morgendliches Früherwachen

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich am Tag
(Nacht- und Tagschlaf bitte zusammenrechnen)?

Hat Ihr Kind Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang? nein ja
Wenn ja, folgende:

Bitte beschreiben Sie Ihr Kind in eigenen Worten (z.B. bzgl. Eigenschaften, Verhalten, Vorlieben,
Stärken, Schwächen):

Sexualität

Ist Ihr Kind in der Pubertät? nein ja

Ist Ihr Kind altersentsprechend aufgeklärt? nein ja
Wenn ja, durch welche Person?

Hat/Hatte Ihr Kind eine intime Beziehung? nein ja

Vegetativ-toxische Anamnese:

Trinkt Ihr Kind Alkohol? nein ja
Wenn ja, wie viel trinkt Ihr Kind in der Woche?

Raucht Ihr Kind? nein ja
Wenn ja, wie viel raucht Ihr Kind?

Nimmt Ihr Kind Drogen? nein ja
Wenn ja, was für Drogen nimmt Ihr Kind?

Welche Erwartungen haben Sie an diese Behandlung?

Vielen Dank 😊