Anamnesebogen

Persönliche Angaben und Gesundheit

Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus. Die Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind / Jugendlichen

Fragebogen ausgefüllt am

Ausgefüllt von

Vorname, Nachname

Geburtsdatum / Alter

Geburtsort

Geschlecht

Staatsangehörigkeit

☐ Kind lebt bei: Mutter ☐ Vater ☐ beiden ☐ Pflegeeltern

☐ Adoptiveltern ☐ Wohngruppe

Wenn Wohngruppe: welche?

Aktuelle Schulart

Name der Schule

Klasse

Krankheiten und Allergien

Akute Erkrankungen

Chronische Erkrankungen

Krankenhausaufenthalte (wann / warum?)

Operationen

Allergien

Regelmäßige Medikamente

Anliegen & Alltag

Vorstellungsanlass, Freizeit und Schlaf

Vorstellungsanlass und Problembereiche

☐ Veranlasst durch: Eltern ☐ Schule ☐ Kinderarzt

☐ Anschlussbehandlung nach Klinik ☐ andere

Hauptproblem / Vorstellungsanlass

Wann traten die Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen?

Wie hat sich das Verhalten / Befinden Ihres Kindes verändert?

Hilfen & Schwangerschaft

Bisherige Hilfen und Schwangerschaft

Bisherige Hilfen / Therapien

☐ Psychologische / psychiatrische Behandlungen: Nein ☐ Ja

Wenn ja: Wann / Wo / Welche Diagnosen?

Gab es Empfehlungen, die gegebenenfalls umgesetzt werden konnten?

☐ Fördermaßnahmen / andere Therapien: Nein ☐ Ja

Wenn ja: welche? (z. B. Ergo, Logo, Frühförderung)

Gab / Gibt es Hilfen durch das Jugendamt? (Erziehungsbeistand, Familienhilfe, Erziehungsberatung etc.)

Zuständiges Jugendamt / Ansprechpartner

Schwangerschaft

Wievielte Schwangerschaft?

Wunschkind?

Gab es Schwangerschaftsabbrüche im Vorfeld?

Besondere Ereignisse / Belastungen während der Schwangerschaft

Komplikationen während der Schwangerschaft (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalte etc.)

Rauchen? Wenn ja, wie viel?

Alkohol? Wenn ja, wie viel?

Drogenkonsum? Wenn ja, welche Art / wie viel?

Geburt & frühe Entwicklung

Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes

Geburt und Verlauf nach der Geburt

Schwangerschaftswoche bei Entbindung

Alter der Mutter bei Geburt

Geburtsverlauf / Komplikationen während der Geburt

Geburtsgewicht

Körpergröße

APGAR

Komplikationen nach der Geburt

Wurde Ihr Kind gestillt? Nein / Ja; wenn ja, wie viele Monate?

Frühkindliche Entwicklung

Wie hat sich Ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten, Gewichtsentwicklung, Wachstum, häufige Krankheiten)

Entwicklungsverzögerung: Motorik

Sprache

Sauberkeit

Unfälle im Säuglings- / Kleinkindalter

Krankenhausaufenthalte als Säugling / Kleinkind

Verhalten im Kleinkindalter (Interaktion mit Kindern, ruhig, unruhig, aufgeschlossen, ängstlich, anhänglich etc.)

Kita & Schule

Entwicklung in Kindergarten und Schule

Kindergartenzeit

Vor Kitaeintritt meist betreut durch

Alter bei Kitaeintritt

Wechsel der Kita / Bezugserzieher?

Eingewöhnung / Schwierigkeiten?

Auffälligkeiten / Verhalten während der Kitazeit

Freizeitverhalten und Schlaf

Regelmäßige Freundschaften?

Hobbys / Vereine (seit wann)?

Wie beurteilen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes?

Medien: Stunden / Tag unter der Woche

Medien: Stunden / Tag am Wochenende / in Ferien

Schlaf: Stunden pro Nacht

Schläft Ihr Kind tagsüber?

Ein- und/oder Durchschlafstörungen?

Schulische Entwicklung

Fortsetzung des Anamnesebogens

Schulische Entwicklung

Alter der Einschulung

Welche Grundschule?

Wechsel in der Grundschule?

Verhalten / Auffälligkeiten während der Grundschulzeit (Mitschüler, Lehrkräfte, Lernschwierigkeiten)

Weiterführende Schule

Weitere Schulwechsel

Klassenwiederholungen

Sozialverhalten Ihres Kindes in der aktuellen Schule

☐ Leistungen: unterdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ überdurchschnittlich

☐ Teilleistungsstörungen / Leistungsdefizite: Nein ☐ Ja

Wenn ja: in welchen Bereichen?

☐ Förderschwerpunkt / klinische Diagnose im schulischen Bereich: Nein ☐ Ja

Wenn ja: in welchen Bereichen?

Familie & Wohnsituation

Sorgeberechtigung, Umgang und Wohnsituation

Familie und Sorgeberechtigung

☐ Sorgeberechtigt: Mutter ☐ Vater ☐ beide ☐ Vormund

Sonstige sorgeberechtigte Personen

Andere Familienkonstellation

☐ Alleinige Sorge ☐ Gemeinsame Sorge

Zusammen lebend, seit

Verheiratet, seit

Getrennt, seit

Geschieden, seit

Umgangsregelungen und Wohnsituation

☐ Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil ☐ Kein Kontakt

Bei Kontakt: Wie häufig?

Ohne Kontakt: Seit wann und warum?

Umgangsregelung: Ihre Zufriedenheit?

Umgangsregelung: Zufriedenheit Ihres Kindes?

Beschreiben Sie bitte die Wohnsituation Ihres Kindes.

Was würden Sie bezüglich der Wohnsituation gern verändern?

Leibliche Eltern

Familien- und Gesundheitsgeschichte

Leibliche Eltern

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Geburtsdatum / Alter		
Nationalität		
Schulabschluss		
Erlernter Beruf		
Aktuelle Tätigkeit		
Arbeitsumfang (h / Woche)		
Familienstand		
Anzahl der Kinder		
Körperliche Erkrankungen / Einschränkungen		
Psychische Erkrankungen / Einschränkungen		
Rauchen / Alkohol / Drogen		

Weitere Bezugspersonen

Für getrennt lebende Elternpaare

Für getrennt lebende Elternpaare

	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Geburtsdatum / Alter		
Nationalität		
Schulabschluss		
Erlernter Beruf		
Aktuelle Tätigkeit		
Arbeitsumfang (h / Woche)		
Familienstand		
Anzahl der Kinder		
Körperliche Erkrankungen / Einschränkungen		
Psychische Erkrankungen / Einschränkungen		
Rauchen / Alkohol / Drogen		

Geschwister

Angaben für bis zu fünf Geschwister

Geschwister

	1	2	3	4	5
Name, Vorname					
Geburtsdatum					
Beziehung: Voll- / Halb- / Stiefgeschwister					
Mütterlicherseits / väterlicherseits					
Klasse / Schule / Abschluss					
Ausbildung / Beruf					
Körperliche Probleme / Auffälligkeiten / Erkrankungen					
Psychische Probleme / Auffälligkeiten / Erkrankungen					
Lebensumstände / lebt mit im Haushalt					
Beziehung zum Kind / Jugendlichen					

Erziehungsstil & Familienalltag

Umgang mit Konflikten und belastenden Ereignissen

Erziehungsstil und Umgang innerhalb der Familie

Erziehungsstil: Mutter

Erziehungsstil: Vater

Umgang mit Konflikten / Schwierigkeiten: Mutter

Umgang mit Konflikten / Schwierigkeiten: Vater

Gibt es Themen in Ihrer Familie, über die nicht oder nur sehr ungern gesprochen wird?

Welche sonstigen belastenden Lebensereignisse gab es im Leben Ihres Kindes? Wann? Wie hat Ihr Kind reagiert?

Wie sind Sie damit umgegangen?

Wie belastend sind diese Ereignisse / dieses Ereignis aktuell?

Weitere Familie, Ziele & Wünsche

Ergänzende Familiengeschichte und Erwartungen an die Therapie

Erkrankungen / Auffälligkeiten in der weiteren Familie

Körperliche Erkrankungen (Großeltern, Tanten / Onkel etc.)

Psychische Erkrankungen (Großeltern, Tanten / Onkel etc.)

Suizidversuche / vollendete Suizide

Ziele und Wünsche

Was erhoffen Sie sich von der Psychotherapie für Ihr Kind?

Gibt es Veränderungen, die Sie sich auch für sich selbst als Eltern wünschen?

Gibt es Dinge, die noch nicht angesprochen wurden, aber wichtig sind, um die Problematik besser zu verstehen?

Vielen Dank für Ihre Angaben.