

Anamnesefragebogen

Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Versichertennummer: _____

Hauptversicherter mit
Versichertennummer: _____

Fragebogen wird ausgefüllt von

Mutter Vater Sonstige: _____

Aktuelles Helfersystem

| | |
|-------------------------------------|---|
| <i>Kinder- / Hausarzt/ärztin:</i> | <i>Vorbehandelnder Psychotherapeut/in oder Psychiater/in:</i> |
| <i>Schule und Klassenlehrer/in:</i> | <i>Sonstige (z.B. Jugendamt, Familienhelfer/in):</i> |

Vorbehandlungen (z.B. Klinikaufenthalte, Psychotherapie, Lerntherapie, Logopädie, Ergotherapie, Familienhilfe, andere Jugendhilfe)

| <i>Von - Bis</i> | <i>Maßnahme</i> | <i>Grund der Behandlung</i> |
|------------------|-----------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Schwangerschaft

Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Erwünschte / geplante Schwangerschaft: ja / nein

Mussten Sie Medikamente einnehmen, wenn ja, welche?

Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft: keinen ca. _____ pro Tag

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft:

keinen ab und zu bei festlichen Anlässen regelmäßig (1 Glas pro Tag oder mehr)

Konsum sonstiger Substanzen: keinen Wenn ja, welche? _____

Geburt

Schwangerschaftswoche: _____

Art der Entbindung:

- spontan Primärer sectio
(geplanter Kaiserschnitt) Sekundärer sectio
(Umstieg auf
Kaiserschnitt) Wunschkaiserschnitt

Körpergewicht: _____

Körperlänge: _____

APGAR-Werte: _____

Kopfumgang: _____

Besonderheiten / Komplikationen: _____

Erste Lebensjahre

Motorische Entwicklung: Krabbeln mit: _____ Freies Laufen mit: _____

Sprachentwicklung: Erste Worte (außer Mama / Papa) mit: _____
3-Wort-Sätze mit: _____

Sauberkeitsentwicklung:
Tagsüber trocken mit: _____ Nachts trocken mit: _____ Sauber mit: _____

Bei Einnässen: Gab es Zeiträume von mehr als 14 Tagen in denen Trockenheit auftrat und wie lange waren diese?

Bei Einkoten: Gab es Zeiträume von mehr als 14 Tagen in denen Sauberkeit auftrat und wie lange waren diese?

Weitere Besonderheiten vor dem Besuch des Kindergartens oder einer Tagesmutter?

Kindergarten

Besuchte ihr Kind eine Tagesmutter / Tagesstätte: nein ja, im Alter von _____

Kindergarten mit _____ Jahren

Eingewöhnung: _____

Rückmeldungen der Erzieher/innen: _____

Schule

| | |
|--|---|
| Einschulungsalter | |
| Name der Grundschule | <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Ganztags |
| Eingewöhnung | |
| Schulwechsel in der Grundschule, Klassenwiederholung | |
| Leistungen und Verhalten in Grundschule | |
| Alter bei Wechsel in die weiterführende Schule | |

| | |
|---|---|
| Name der weiterführenden Schule | <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Ganztags |
| Schulwechsel in der weiterführenden Schule, Klassenwiederholung | |
| Leistungen und Verhalten in weiterführender Schule | |

Sozialanamnese

Hobbies, Interessen, Vereine:

Wieviel Zeit verbringt ihr Kind vor Bildschirmen? Was macht es dort? Welche Regeln haben Sie bezüglich Medien?

Somatische Anamnese

| | |
|--|--|
| Regelmäßige Medikamente | |
| Körperliche Begleiterkrankungen | |
| Schlafverhalten (Einschlafen, Durchschlafen, Alpträume) | |

| | |
|--|---|
| Essverhalten | |
| Bei Mädchen: Wann trat die erste Periode (Menarche) auf? | |
| Operationen und längere Krankenhausaufenthalte | |
| Suchtverhalten | <input type="checkbox"/> Alkohol, Häufigkeit: _____ <input type="checkbox"/> Zigaretten, Häufigkeit: _____ <input type="checkbox"/> Cannabis, Häufigkeit: _____ <input type="checkbox"/> Sonstige, Häufigkeit: _____ |

Familienanamnese

| | Leibliche Mutter | Leiblicher Vater |
|---|------------------|------------------|
| Vor- und Nachname | | |
| Geb.-Datum | | |
| Familienstand | | |
| Ggf. abweichende Adresse | | |
| Ausbildung / Beruf | | |
| Arbeitszeit | | |
| Stichwortartige Beschreibung des Erziehungsstils | | |
| Stichwortartige Beschreibung der aktuellen Beziehung zum Kind | | |

| | <i>Stief- / Adoptivmutter</i> | <i>Stief- / Adoptivvater</i> |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| <i>Vor- und Nachname</i> | | |
| <i>Geb.-Datum</i> | | |
| <i>Familienstand</i> | | |
| <i>Ggf. abweichende Adresse</i> | | |
| <i>Ausbildung / Beruf</i> | | |
| <i>Arbeitszeit</i> | | |
| <i>Stichwortartige Beschreibung des Erziehungsstils</i> | | |
| <i>Stichwortartige Beschreibung der aktuellen Beziehung zum Kind</i> | | |

Geschwister (Name, Alter, Tätigkeit). Wie würden Sie die Beziehung untereinander beschreiben?

Schwere körperliche Erkrankungen in der Familie, diagnostizierte oder vermutete psychische Störungen in der Familie (z.B. Depression, Ängste, ADHS, Sucht)

***Vielen Dank für ihre Mitarbeit!
Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zu unserem Erstgespräch ausgefüllt mit.***