



Anamnesebogen

1. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht

- männlich weiblich divers

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Krankenversicherung

Art der Krankenversicherung

- Privat (PKV) Gesetzlich (GKV)

Behandelnder Kinder-/Hausarzt

2. Vorstellungsanlass

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen?

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind in unserer Praxis vor?

Seit wann bestehen die Probleme?



3. Angaben zu den Eltern

Mutter

Leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

Vater

Leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

Nachname

Vorname

Straße

Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

Psychische und/ oder körperliche Erkrankungen

3. Angaben zu den Eltern

Eltern leben

- Zusammen
 Getrennt

Familienstand

- verheiratet
 ledig
 feste Partnerschaft
 getrennt
 geschieden
 verwitwet

Kind/ Jugendlicher lebt bei

- beiden biologischen Eltern
 Mutter
 Vater
 Adoptiveltern
 Pflegeeltern
 sonstigen Erziehungspersonen

Sorgerecht

- gemeinsames Sorgerecht
 alleiniges Sorgerecht

4. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/ Stellen (falls zutreffend)

- Vormund Wohngruppe Sonstiges

Einrichtung

Nachname

Vorname

Strasse

Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Mobilnummer

E-Mail-Adresse

5. Vorgeschichte

Geburt

Schwangerschaftswoche bei Entbindung

Alter der Mutter bei Geburt

Geburtsgewicht

Körperlänge

APGAR-Index

Komplikationen nach der Geburt



Frühkindliche Entwicklung

Laufen im Alter von (in Monaten)

Erste Worte im Alter von (in Monaten)

Erste Sätze im Alter von (in Monaten)

Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (beim Schlafen, Essen, Unruhe, in sozialen Kontakten)

Nein

Ja, folgende:

Spielverhalten

Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?

Ja

Nein

Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?

Ja

Nein

Hat Ihr Kind Freunde

Ja

Nein

Kann Ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen?

Ja

Nein

Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe

Ja

Nein

Besuch Kindergarten

Ja

Nein

Besonderheiten:

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu Anderen. Welche Stärken, welche Probleme gab es?



Schulische Entwicklung

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Einschulung auf welcher Schule/Schulart

Welche Klasse besucht Ihr Kind zur Zeit?

Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

Gibt es schulische Probleme (Lernstoff, soziales Miteinander)?

Nein

Ja folgende:

Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss?

Nein

Ja, folgenden:

6. Körperliche Gesundheit

Gibt es Vorerkrankungen?

Nein

Ja, folgende:

Wurde Ihr Kind schon in einem Krankenhaus behandelt?

Nein

Ja (Falls ja, bitte geben Sie Alter und Grund der Behandlung an)

Liegen Allergien vor?

Nein

Ja, folgende:

6. Vorbehandlungen/Therapien

Bitte ankreuzen

- Logopädie
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Psychiatrische Behandlung
- Ambulante Psychotherapie

Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozialpsychiatrischem/ sozialpädiatrischem Zentrum angebunden?

Nein Ja, wo:

7. Bisherige und aktuelle Medikation

Nimmt Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente? Wenn ja welche und seit wann?

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja welche und von wann bis wann?

8. Sonstiges

Gibt es aktuell weitere körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden?