

Anamnesebogen

Fragebogen ausgefüllt von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere _____ am _____	
Name und Vorname des Kindes:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Kind lebt bei:	<input type="checkbox"/> Leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> Leiblichem Vater <input type="checkbox"/> Adoptiveltern <input type="checkbox"/> _____
Aktuelle Schulform:	Name und Anschrift der Schule:
Klasse:	Telefon:
Name Klassenlehrer*in:	

Vorstellungsanlass / Problembereiche:	
Vorstellung veranlasst durch: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kinderarzt/Hausarzt <input type="checkbox"/> Schule <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Vorbehandler (Station/Tagesklinik KJP) _____ <input type="checkbox"/> Weitere _____	
Aktuelles Problem	
Beginn der Problematik	
Bisherige Lösungsversuche	
Wodurch wird das Problem verbessert?	
Wodurch wird das Problem verschlechtert?	
Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen?	

Wodurch würden Sie merken, dass es ihrem Kind besser geht?	
Wodurch würden Sie merken, dass es Ihrem Kind schlechter geht?	
Welches Ziel soll die Psychotherapie haben?	
Welche Stärken hat Ihr Kind?	
Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders gerne?	

Entwicklungsgeschichte des Kindes	
Wievielte Schwangerschaft?	
Komplikationen während des Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Schwangerschaftsdiabetes etc.)	
Besondere Ereignisse/Belastungen während der Schwangerschaft (Trennung, Umzug, Krankheit etc.)	
Risikofaktoren	<input type="checkbox"/> Rauchen: Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum: Wenn ja, wie viel? <input type="checkbox"/> Drogenkonsum: Wenn ja, welche Drogen und wie viel?
Geburt	SSW: ____ Geburtsmodus: _____ Gewicht: _____ Größe: _____ Komplikationen? _____
Postnatale Entwicklung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig: _____
Wurde das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja (wie lange? _____) <input type="checkbox"/> nein
Verhalten des Säuglings	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> viel geschrien <input type="checkbox"/> lebhaft <input type="checkbox"/> sehr ruhig <input type="checkbox"/> leicht irritierbar <input type="checkbox"/> häufige Koliken <input type="checkbox"/> sonstiges _____
Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten/ Gewichtsentwicklung/ Wachstum) Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen?	
Hat ihr Kind das typische Säuglingslächeln gezeigt?	

Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung (Angabe in Monaten)	Laufen: _____ Sprechen: _____
Wann brauchte ihr Kind keine Windeln mehr?	tagsüber: _____ nachts: _____
Hatte ihr Kind eine Trotzphase?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
War ihr Kind viel krank?	
War Ihr Kind im Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Ja, ab: <input type="checkbox"/> Nein
Hatte Ihr Kind Trennungsängste?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Gab es Auffälligkeiten im Kontaktverhalten mit anderen Kindern oder den Erzieher*innen?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> Nein
Gab es während der Kindergartenzeit Auffälligkeiten, Schwierigkeiten, besondere Ereignisse?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> Nein
Gab es während der Kindergartenzeit Unterstützung von Außen?	<input type="checkbox"/> Integrationskraft <input type="checkbox"/> Sonstiges
Ging/Geht Ihr Kind gerne in den Kindergarten?	<input type="checkbox"/> sehr gerne <input type="checkbox"/> gerne <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> nicht so gerne <input type="checkbox"/> sehr ungern
Gab es einen Kindergartenwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja (wann? _____) <input type="checkbox"/> Nein

Schulzeit	
Wann wurde Ihr Kind eingeschult?	Schuljahr: Alter des Kindes: Name der Schule:
Gab es bei Einschulung/zu Beginn der Schulzeit Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> Nein
Gab/gibt es in der Grundschulzeit Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?	
Wie kommt / kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Kindern zurecht?	
Wie kommt / kam Ihr Kind in der Grundschule mit den anderen Lehrkräften zurecht?	
Hat Ihr Kind in der Grundschule eine Klasse wiederholt?	<input type="checkbox"/> Ja, welche/warum: <input type="checkbox"/> Nein
Wechsel auf die weiterführende Schule	Alter des Kindes: Schulform: Auffälligkeiten?
Wurde eine Klasse wiederholt?	<input type="checkbox"/> Ja, welche:

	<input type="checkbox"/> Nein
Gab es im Verlauf einen Schulwechsel?	<input type="checkbox"/> Ja, weshalb: <input type="checkbox"/> Nein
Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?	<input type="checkbox"/> Eher überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> Eher durchschnittlich <input type="checkbox"/> Eher unterdurchschnittlich
Liegen Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite vor?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> Diagnostiziert? <input type="checkbox"/> Nein
Wie lange braucht er/sie durchschnittlich für die Hausaufgaben? Macht er/sie diese selbständig? Fängt er/sie alleine an? Muss jemand daneben sitzen und anleiten? Macht er/sie sie vollständig?	
Wird Nachhilfe in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja, Fächer: <input type="checkbox"/> Nein

Belastende Lebensereignisse (bitte kurz beschreiben + Altersangabe/Nennung Zeitraum)
<input type="checkbox"/> Trennungserfahrungen: <input type="checkbox"/> Scheidung der Eltern: <input type="checkbox"/> Tod (wichtiger Bezugspersonen): <input type="checkbox"/> Geburt von Geschwistern: <input type="checkbox"/> Unfall: <input type="checkbox"/> Sonstige:

Freizeitverhalten / Familienalltag	
Lieblingsaktivität zuhause	
Vereine/Gruppen (Turnverein, Sportverein, Musikverein, etc.)	

Weitere Hobbies/Aktivitäten	
Hat Ihr Kind Freunde? Finden Verabredungen statt?	
Welche Medien werden genutzt und wie häufig (Angabe: min. pro Tag)	
Gibt es weitere, enge Bezugspersonen des Kindes?	

Krankheiten und Allergien	
Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bis jetzt?	
Wurde Ihr Kind geimpft?	
Welche Operationen wurden bisher durchgeführt?	
Liegen chronische Erkrankungen vor?	<input type="checkbox"/> Asthma, Medikation: <input type="checkbox"/> Neurodermitis, Medikation: <input type="checkbox"/> Diabetes, Medikation: <input type="checkbox"/> Sonstige
Hat Ihr Kind Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> Nein
Schlafverhalten des Kindes	<input type="checkbox"/> unauffällig, etwa __ Std./Nacht <input type="checkbox"/> auffällig (bitte beschreiben)

Bekannte Auffälligkeiten und Erkrankungen innerhalb der Familie	
Welche körperlichen oder psychischen Erkrankungen innerhalb der Familie liegen vor?	<input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Großeltern vs. <input type="checkbox"/> Großeltern ms. <input type="checkbox"/> Sonstige Verwandte

Vielen Dank fürs Ausfüllen!