

Anamnesebogen zum Ausfüllen für die Eltern

Heutiges Datum: _____ Tel.-Nr.: _____

Vorname des Patienten: _____ E- Mail: _____

Nachname des Patienten: _____

Geb.-Datum (Kind): _____

Straße/Nr. (Kind): _____

PLZ/Ort (Kind): _____ Kinderarzt: _____

Handy-Nr. (Eltern): _____

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen kinderpsychiatrischen Praxis in Behandlung? Ja nein

a) Sorgerecht:

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Bei **getrennt** lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon):

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht/Gesundheitssorgerecht (Unzutreffendes bitte streichen) liegt bei einem Elternteil/Vormund: _____

Nur bei gemeinsamem Sorgerecht ausfüllen:

Ich versichere, dass alle Inhaber des Sorgerechts mit der psychotherapeutischen Behandlung des Kindes hier in der Praxis einverstanden sind.

Plauen, den

Unterschrift Sorgeberechtigter

b) Schwangerschaft:

Zutreffendes bitte unterstreichen

1. Verlauf: unauffällig auffällig (Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

c) Geburt (diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft):

2. In welcher Schwangerschaftswoche?:

3. Wie war die Entbindung? Spontan mit Saugglocke mit der Geburtszange mittels Kaiserschnitt

4. Gewicht:g Länge:cm APGAR:-.....-.....Punkte

5. Behandlung auf Intensivstation: nein ja

6. Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode:

d) Säuglingsperiode:

7. Gestillt? nein ja wie lange?

8. War das Kind ein: Schreikind ruhiges Kind sonstiges

e) Kleinkindalter:

9. Ab wann konnte Ihr Kind frei Laufen?:

10. Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann Zweiwortsätze?)

11. Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase?:

12. Wann war Ihr Kind trocken?

13. Hat Ihr Kind eine Krabbelgruppe besucht? nein ja im Zeitraum

14. Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht bzw. besucht es ihn? nein ja im Zeitraum

15. Hatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz? nein ja

16. Hatte/Hat Ihr Kind Trennungsängste? nein ja

17. Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe? nein ja

18. Gab es dort Auffälligkeiten in der Gruppe? nein ja Welche?

f) Schulalter:

19. In welchem Jahr wurde/wird Ihr Kind eingeschult?

20. Welche Schule besucht ihr Kind? In welche Klasse geht es?
.....

21. Welche weiterführende Schule wurde in der 4. Klasse von den Lehrern empfohlen?

22. Hat Ihr Kind einen Förderstatus in der Schule oder besucht es Förderunterricht? Wenn ja, welchen?

23. Besucht Ihr Kind die schulische Nachmittagsbetreuung? nein ja

24. Falls Ihr Kind nicht die OGTS besucht: Wer betreut es nachmittags?

25.a) Gibt es Schulprobleme? nein ja welche?

25.b) Hat Ihr Kind Nachhilfe- oder Förderunterricht? In welchem Fach?

26. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule?

27. Welche Fächer sind schwierig?

28. Wie ist die soziale Integration in der Schule?

g) Berufsausbildung:

29. Wird eine Berufsvorbereitende Maßnahme/Berufsausbildung/Studium absolviert? Welche(s)?

h) Freizeit:

30. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere regelmässige Freizeitaktivitäten? nein ja welche?

31. Was spielt Ihr Kind am liebsten bzw. womit verbringt es hauptsächlich seine Freizeit?

32. Wie oft in der Woche trifft sich Ihr Kind schätzungsweise mit Freunden?

33. Wieviele gute Freunde/innen hat Ihr Kind schätzungsweise?

34. Bei Schulkindern: An wieviel Tagen in der Woche liest Ihr Kind in einem Buch?

35. Machen Sie ein Bettgehritual mit Ihrem Kind? Falls ja, was machen Sie zusammen?

36. Konsum elektronischer Medien:

Welche elektronischen Medien konsumiert Ihr Kind am meisten?:

Wieviel Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien ?

an Schultagen: Stunden pro Tag;

an schulfreien Tagen: Stunden pro Tag

i) Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen):

37. a) Was kann Ihr Kind gut, welche Fähigkeiten und Eigenschaften mögen Sie an Ihrem Kind (Stichpunkte)?

37. B) Wer aus Ihrer Familie bzw. Ihrem Bekanntenkreis könnte Sie ggf. dabei unterstützen, Ihrem Kind zu helfen?

j) Körperliche Gesundheit:

38. Unter welchen körperlichen Krankheiten leidet Ihr Kind?

39. Augen: Kann Ihr Kind gut sehen? Trägt Ihr Kind eine Brille?

40. Ohren: Kann Ihr Kind gut hören? Wurde es vom HNO-Arzt untersucht?

41. Sind Allergien bekannt?

42. Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Welche?

43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall?

k) Belastungen:

44. Hat Ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, das noch heute eine Rolle spielt (Stichpunkte)?

l) Bisherige Therapien:

45. Gab es bisher schon Therapien? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?

(z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)

.....
.....

m) Familie:

Mutter:

46.a) Name:

47. Alter: Jahre

49. Schulabschluss:

51. Ausbildung/Studium:

53. Wieviele h/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?

59. Leiden Sie unter körperlichen/psychischen Erkrankungen?

Vater:

46.b) Name:

48. Alter: Jahre

50. Schulabschluss:

52. Ausbildung/Studium:

54. Wieviele h/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?

60. Leiden Sie unter körperlichen/psychischen Erkrankungen?

Haben Sie noch weitere Kinder? Bitte auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwister:

63. Name:

64. Alter:

66. Sind auch bei Geschwistern Verhaltensprobleme aufgetreten? Wenn ja, welche?

Sonstige wichtige Informationen: