

| Anamnesebogen Eltern | | | | |
|--|----------------------------|------------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Prüfer: Daxer, Florian | Freigeber: Romanos, Marcel | Version: 1 | Freigabe am: 15.07.2013 | Ausdruck vom: 30.03.2017 |
| Arbeitsbereich: II Ost, II West, ITE, KAG, Amb | | Fachgruppe: Arzt, Psychologe | | |
| Pfad: Klinik/Formulare/extern | | Seite: 1/3 | | |

Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig!

Kind (Name, Vorname): _____ geb. _____

wohnhaft bei: Mutter Vater _____

versichert: gesetzlich privat gesetzlich plus private Zusatzversicherung

Grund der Vorstellung: Was hat Sie zu uns geführt? Was ist Ihr Anliegen? Bitte nur Stichpunkte!

Mutter (Name, Vorname): _____ geb. _____

wohnhaft _____ Tel.: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____ aktuell berufstätig ja nein

Vater (Name, Vorname): _____ geb. _____

wohnhaft _____ Tel.: _____

Schulabschluss: _____ Beruf: _____ aktuell berufstätig ja nein

Die Eltern sind zusammenlebend getrennt geschieden

Das Sorgerecht liegt bei: beiden Eltern Mutter Vater _____

Geschwister

Name _____ Alter _____ Erkrankungen? _____

Name _____ Alter _____ Erkrankungen? _____

Name _____ Alter _____ Erkrankungen? _____

Name _____ Alter _____ Erkrankungen? _____

Name _____ Alter _____ Erkrankungen? _____



Sonstige enge Bezugspersonen (z.B. Stiefeltern, Lebensgefährten, ...):

Name, Vorname _____ Rolle: _____
Name, Vorname _____ Rolle: _____
Name, Vorname _____ Rolle: _____

Gibt oder gab es psychiatrische oder neurologische Erkrankungen in der Familie?

Wer ist der Hausarzt Ihres Kindes? _____

Welche Diagnosen wurden bisher gestellt? _____

Bei welchen Ärzten/Psychologen/Therapeuten ist oder war ihr Kind in ambulanter Behandlung?

aktuell früher _____
 aktuell früher _____
 aktuell früher _____
 aktuell früher _____
 aktuell früher _____

War ihr Kind bereits (teil-)stationär in einer psychiatrischen/psychosomatischen Klinik? nein ja

Wo? _____ wann? _____
Wo? _____ wann? _____
Wo? _____ wann? _____
Wo? _____ wann? _____

Nimmt oder nahm ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? nein ja

Medikament _____ aktuell? nein ja
Medikament _____ aktuell? nein ja
Medikament _____ aktuell? nein ja
Medikament _____ aktuell? nein ja
Medikament _____ aktuell? nein ja

Liegen körperliche Erkrankungen des Kindes vor?

Allergien nein ja, und zwar _____
chronische Erkrankungen nein ja, und zwar _____
frühere Operationen nein ja, und zwar _____
frühere schwere Unfälle nein ja, und zwar _____



Gab es Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung? (Sprache, Motorik, Sauberkeit, soziale Integration)

Welche Schule und Klasse besucht ihr Kind aktuell? _____

Gibt es schulische Probleme? _____

Besteht oder bestand Kontakt zum Jugendamt? nein ja

Zuständiges Jugendamt: _____

Sachbearbeiter: _____

Hat oder hatte ihr Kind bereits eine der folgenden Jugendhilfemaßnahmen?

Erziehungsbeistand Sozialpäd. Familienhilfe Tagesstätte/ HPT Wohngruppe/ Heimeinrichtung

Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!