

ANAMNESEBOGEN ELTERN UND FALLFÜHRER				
Prüfer: Romanos, Marcel	Freigeber: Romanos, Marcel	Version: 2	Freigabe am: 17.09.2015	Ausdruck vom: 16.03.2021
Arbeitsbereich: II Ost, II West, ITE, KAG, Amb		Fachgruppe: Arzt, Psychologe, Sozialpädagoge		
Pfad: Klinik/Formulare/intern		Seite: 1/6		

Anamnesebogen

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst vollständig!

Mit Ausfüllen des Fragebogens helfen Sie uns, die Schwierigkeiten Ihres Kindes möglichst umfassend einschätzen zu können.

Kind: Name, Vorname: _____ geb. _____

wohnhaft bei: Mutter Vater _____

versichert: gesetzlich privat gesetzlich plus private Zusatzversicherung

Mutter: Name, Vorname: _____ geb: _____

Adresse: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

Email: _____

Vater: Name, Vorname: _____ geb: _____

Adresse: _____

Festnetz: _____ Handy: _____

Email: _____

Sorgerecht liegt bei: _____

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

Entwicklungsgeschichte des Kindes

Bitte entnehmen Sie auch Informationen aus dem Mutterpass, gelben Untersuchungs-(U-)Heft und Impfpass

Impfstatus: vollständig ausstehend: _____ Arztkürzel _____

Gelbes U-Heft vollständig ausstehend: _____ Arztkürzel _____

Diese 2 Punkte werden vom Arzt ergänzt

Schwangerschaft

Anzahl Schwangerschaften: _____ Anzahl Geburten: _____ natürliche unterstützte Schwangerschaft

Alter Mutter bei Entbindung: _____

Vorausgegangen: Abgang Schwangerschaftsabbruch

Komplikationen/Risikofaktoren nein ja, und zwar _____

Nikotinkonsum nein ja, Menge _____

Alkoholkonsum nein ja, Menge _____

Andere Drogen nein ja, Substanz und Menge _____

Medikamente nein ja, Substanz und Dosierung _____

Geburt

spontane Geburt eingeleitet Geburt in welcher Schwangerschaftswoche _____

Normalgeburt Kaiserschnitt (nach Blasensprung)

Komplikationen nein ja, und zwar _____

Geburtsparameter: Größe: _____ Gewicht: _____ Kopfumfang: _____ APGAR: _____

Auffälligkeiten beim Kind nach der Geburt? nein ja, und zwar _____

Körperliche oder psychische Probleme der Mutter nach Geburt? nein ja, und zwar _____

Säuglings- / Kleinkindalter

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind als Säugling/ Kleinkind Probleme?

nein ja, und zwar: vermehrtes Schreien Probleme mit dem Füttern

Schlafprobleme _____

Meilensteine der Entwicklung:

freies Laufen: _____ erste Worte: _____ erste Sätze: _____

tagsüber trocken: _____ nachts trocken: _____ sauber: _____

Wie würden Sie das Verhalten ihres Kindes als Kleinkind beschreiben: _____

Kindergartenbesuch

Hat Ihr Kind eine Kinderkrippe besucht? nein ja, ab wann: _____

Trennungsschwierigkeiten nein ja, wie lange: _____

Sozialverhaltensschwierigkeiten nein ja, und zwar: _____

Andere Probleme: _____

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? nein ja, ab wann: _____

Trennungsschwierigkeiten nein ja, wie lange: _____
 Sozialverhaltensschwierigkeiten nein ja, und zwar: _____
 Andere Probleme: _____

Schulische Entwicklung

Einschulung: Alter: _____ zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt, weil: _____
 Regel-Grundschule Diagnose-Förderklasse Förderschule: _____
 Aktuell besuchte Klasse und Schulform _____
 Klassenwiederholungen nein ja, und zwar _____
 Schulwechsel nein ja, und zwar _____
 Hinweise auf Teilleistungsstörungen (Legasthenie oder Dyskalkulie)? nein ja, und zwar _____
 Weitere schulische Probleme: _____
 Ggf. Schulabschluss/beruflicher Werdegang _____

Behandlung/Förderung

In welchen **Krankenhäusern** wurde das Kind ambulant o. stationär vorgestellt oder behandelt? Wann? Warum?

Wo wurde oder wird Ihr Kind ambulant behandelt?

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wann und warum:

- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, wann und warum:

- Erziehungsberatungsstelle, wann und warum:

Erhält Ihr Kind folgende Behandlungen/Förderungen bzw. hat diese erhalten?

- Frühförderung Logopädie Ergotherapie
- Krankengymnastik Brille Hörhilfe
- Nachhilfe Förderkurs in Deutsch/ Mathe in der Schule

Haben Sie bereits Unterstützung durch das Jugendamt erhalten? (**Welches Amt, Maßnahme, Sachbearbeiter**):

Körperliche Erkrankungen

Welche Kinderkrankheiten traten auf? _____

Bekannte Allergien: nein ja, und zwar: _____Hinweise auf Krampfanfälle: nein ja, und zwar: _____Schwere oder chronische Erkrankungen: nein ja, und zwar: _____Operationen: nein ja, und zwar: _____Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein ja, und zwar: _____**Weiteres**Hat ihr Kind **Probleme** beim (Ein-)Schlafen Essen bzw. mit dem Appetit
oder Freundschaften zu schließen und aufrecht zu erhaltenFalls ja, welche _____

_____Gibt es Hinweise, dass ihr Kind die **folgenden Substanzen** konsumiertNikotin nein ja, Menge _____Alkohol nein ja, Menge _____andere Drogen nein ja, Substanz und Menge _____Wie **ausgeprägt** ist der **Medienkonsum** Ihres Kindes (durchschnittliche Stundenzahl pro Tag)? PC-Spiele ____ Std./Tag Spielkonsolen (z.B. Nintendo, Playstation) ____ Std./Tag Fernsehen ____ Std./Tag Internet ____ Std./Tag Handy ____ Std./Tag

Bevorzugte Aktivitäten am Handy/ im Internet? _____

Welche **Hobbys** hat ihr Kind: _____**Sexuelle Entwicklung:** Bestehen sexuelle Interessen / Kontakte? Bestehen Unsicherheiten in / Schwierigkeiten wegen der sexuellen Orientierung?
_____Wie beschreiben Sie Ihren **Erziehungsstil**? eher streng eher nachgiebig
 beide Eltern erziehen sehr unterschiedlichGibt es **Konsequenzen**? Wenn ja, welche? _____Gibt es **Taschengeld**? Wenn ja, wie viel? _____

Familiengeschichte

Lebenssituation des Kindes

Das Kind **lebt derzeit** bei:

bei beiden leiblichen Eltern

bei leiblicher Mutter ggf. Stiefvater, Ersatzvater? _____

bei leiblichem Vater ggf. Stiefmutter, Ersatzmutter? _____

in einer Pflegefamilie seit: _____ Name Pflegefamilie: _____

in einer Adoptivfamilie seit: _____ Name Adoptivfamilie: _____

in einer Heimeinrichtung seit: _____ Name Einrichtung: _____

Wenn Eltern **getrennt/geschieden**: Wann Trennung? _____ Wann Scheidung? _____

Besuchsregelung _____

Wohnsituation _____

Finanzielle Situation: sehr gut gut ausreichend angespannt

Werdegang der Mutter

leibliche Mutter Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter

Schulabschluss nein ja, und zwar _____

Ausbildung nein ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit nein ja, und zwar _____

Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen nein ja, und zwar _____

Psychische Erkrankungen nein ja, und zwar _____

Behandlung? ja, und zwar _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

lebt Mutter in neuer Partnerschaft? nein ja, und zwar _____

Partner: Name/Vorname _____

Aktuelle Tätigkeit: _____ Alter: _____ Psychische Erkrankungen: _____

Großeltern mütterlicherseits

Großmutter: Alter: _____ Kontakt: gut regelmäßig kein Kontakt

Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: nein ja, und zwar _____

Großvater: Alter: _____ Kontakt: gut regelmäßig kein Kontakt

Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: nein ja, und zwar _____

Weitere körperliche / psychiatrische Erkrankungen in der mütterlichen Verwandtschaft? _____
