

Der Anamnesefragebogen dient der Erfassung von Informationen, die uns für Diagnostik und Behandlung Ihres Kindes wichtig sind.

Bitte beantworten Sie die Fragen in Ruhe. Alle Daten werden vertraulich behandelt.

Name des Patienten: _____
Geburtsdatum / Alter des Patienten: _____
Das Sorgerecht liegt bei: _____
Der Bogen wurde ausgefüllt von: _____
Datum: _____

1.) Aktuelle Anamnese:

1.1) Aus welchem Anlass stellen Sie Ihr Kind vor?

-
-
-
-
-
-

1.2) Bitte schildern Sie die Symptomatik/Probleme/Beschwerden Ihres Kindes mit eigenen Worten (stichpunkthaft)

-
-
-
-
-
-
-

1.3) Bestehen noch weitere eher dauerhaftere Symptome/Probleme/Beschwerden?

-
-
-
-
-
-

1.4) Welche Hilfen (Ärzte, Psychologen, Beratungsstellen) haben Sie bisher im Zusammenhang mit den Problemen Ihres Kindes in Anspruch genommen?

- (Zeit, von _____ bis _____)
- (Zeit, von _____ bis _____)
- (Zeit, von _____ bis _____)
- (Zeit, von _____ bis _____)
- (Zeit, von _____ bis _____)
- (Zeit, von _____ bis _____)

• Jugendamt: **Nein**; wenn **Ja**, welches Jugendamt? _____

1.5) Welche(s) Ziel(e) sollten durch die Behandlung erreicht werden?

-
-
-
-
-
-

2. Eigenanamnese:

2.1.) Schwangerschaft:

- Wievielte Schwangerschaft? _____
- geplantes / erwünschtes Kind? **Ja** **Nein**
- Alter der Mutter? _____ Jahre

Gab es körperliche, seelische Besonderheiten / Belastungen / Komplikationen während der Schwangerschaft?

- **Nein**
- **Ja: Welche ?** _____
- Zeitraum: _____

2.2) Geburt:

- Die Geburt erfolgte in der _____, Schwangerschaftswoche
- Geburtsgewicht: _____ g Geburtsgröße _____ cm
- Apgarwerte: ____ / ____ / ____

Gab es Besonderheiten/Komplikationen während der Geburt?

- **Nein**
- **Ja: Welche ?**
- Mütterlicherseits? _____
- Kindlicherseits? _____

2.3) Säuglingsphase (1. Lebensjahr):

Wurde das Kind gestillt?:

- **Nein:** wenn **Ja, wie lange:** _____ Monate
- Gab es dabei Komplikationen? **Nein** **Ja**

- Welche? _____

- Spuckkind? **Nein** **Ja**

Pflegeleichtes Kind?

- **Ja**
- **Nein:** Was war aufwendig, zeitintensiv? _____

Schlaf-Wach-Rhythmus normal (alle 3-4 Stunden: wach, hungrig)

- **Ja**
- **Nein:** kompliziert, weil: _____

- In welchem Alter schlief das Kind weitgehend durch?: _____ Jahre

Beschreiben Sie bitte kurz das Temperament Ihres Kindes in der Säuglingsphase:

3.) Entwicklungsdaten:

Bitte geben Sie für die folgenden Entwicklungsbereiche die erinnerte Zeit in Monaten an:

3.1) Motorische Entwicklung:

- Sitzen mit _____ Monaten
- Krabbeln mit _____ Monaten
- Freies Laufen mit _____ Monaten
- Fahrradfahren mit _____ Monaten

War eine Förderung der motorischen Fertigkeiten nötig?

- **Nein**
- **Ja:** Welche? _____
- Zeitraum: _____

3.2) Sprachentwicklung:

- Erste Worte mit _____ Monaten
- Zweiwortsätze mit _____ Monaten
- Mehrwortsätze mit _____ Monaten

War eine Förderung der sprachlichen Fertigkeiten nötig?

- **Nein**
- **Ja : Welche ?** _____
- **Zeitraum:** _____

3.3) Sauberkeitsentwicklung:

- Sauber tagsüber mit _____ Monaten, nachts mit _____ Monaten
- Trocken tagsüber mit _____ Monaten, nachts mit _____ Monaten
- War im Zusammenhang mit der Sauberkeitsentwicklung eine Behandlung nötig?
- **Nein**
- **Ja : Welche ?** _____
- **Zeitraum:** _____

4.) Körperliche Entwicklung:

4.1) Bitte unterstreichen Sie die bisher durchgemachten Kinderkrankheiten:
Masern - Röteln - Mumps - Scharlach – Keuchhusten – Windpocken

4.2) Erfolgte Impfungen laut Impfpass gegen:

-
-

4.3) Weitere ernste Erkrankungen (wie z.B. Meningitis/Enzephalitis.....):

-
-

4.4) Hatte Ihr Kind Krampfanfälle?

- **Nein**
- **Ja : Welche ?** _____
- **Zeitraum:** _____

4.5.) Bisherige Krankenhausaufenthalte (Unfälle, Operationen usw. mit Zeitangabe und Krankenhaus):

-
-
-
-

4.6) Auffälligkeiten in den Untersuchungen U1-U9 (Gelbes Untersuchungsheft)

-
-
-
-

4.7) Aktuelle körperliche Beschwerden

 Nein **Ja** : Welche ? _____

Seit wann?: _____

Welche Diagnostik erfolgte? _____

Ergebnis der Beratung:

•

•

4.8) Aktuelle Allergien

 Nein **Ja** : Welche ? _____

4.9) Letzte Überprüfung des Sehens?

Ergebnis: _____ Geplante Wiedervorstellung am: _____

4.10) Letzte Überprüfung des Hörens?

Ergebnis: _____ Geplante Wiedervorstellung am: _____

4.11) Medikamenteneinnahme

 Nein **Ja** : Welche ? _____ Dosis: _____ Seit: _____

Bisherige Dosisänderungen:

•

•

•

4.12) Alkoholkonsum ?

 Nein **Ja** : Was? _____ Wieviel? _____ Wie oft? _____

4.13) Rauchen?

 Nein **Ja** : Was? _____ Wieviel? _____ Wie oft? _____

4.14) Drogenkonsum?

 Nein **Ja** : Was? _____ Wieviel? _____ Wie oft? _____4.15) Bei Mädchen: Periode seit _____ noch unregelmäßig, alle 28 Tage (**bitte unterstreichen**)

• Letzte Periode am:

• Menstruationsbeschwerden ? _____

4.16) Schlaf:

- Ins Bett – Geh – Zeit: _____ Uhr
- Einschlafzeit: _____ Uhr
- Aufwachzeit: _____ Uhr
- Ausgeschlafen, unausgeschlafen (**bitte unterstreichen**)
- nächtliches Aufwachen? **Nein** **Ja**
- Alpträume? **Nein** **Ja**

4.17) Appetit /Gewicht:

- Appetit: gut, - zu viel, - zu wenig - (**bitte unterstreichen**)
- Gewichtszunahme im letzten ½ Jahr um _____ kg
- Gewichtsabnahme im letzten ½ Jahr um _____ kg
- Gewachsen im letzten ½ Jahr um _____ cm

4.18) Stuhlgang: wie oft? _____ Mal / Tag

- Regelmäßige Besonderheiten: **Nein**
- Ja : Durchfall – Verstopfung? (**bitte unterstreichen**)
- Sonstiges:

5.) Sozial – emotionale Entwicklung:

5.1) Betreuung

- Säuglingsalter durch: _____
- Kleinkindalter durch: _____

5.2) Kindergarten:

- Eintritt mit _____ Jahren
- Kindergartenwechsel wegen: _____

Inwieweit gab es größere Probleme während der Kindergartenzeit? (Trennungsprobleme, Kontaktprobleme, Verhaltensauffälligkeiten usw.)

- _____
- _____

5.3) Schulische Entwicklung

- Eintrittsalter in die Schule mit _____ Jahren
- freute sich auf die Schule? **Ja** **Nein**
- Wie war die Leistungsentwicklung während der Schulzeit?
 - o Grundschule: _____
 - o Übertritt: _____
 - o Ab der 5. Klasse: _____

5.4) Hausaufgabensituation:

- unkompliziert / weitgehend alleine / mit viel Unterstützung/Opposition / Tränen, Kampf (**bitte unterstreichen**)
- Ungefähre Hausaufgabenzeit: _____ Minuten

5.5) Kontakt zu den Mitschülern? **Unkompliziert** / **Kompliziert**, weil: _____

5.6) Aktuelle Schule/Klasse: _____

- Name Klassenlehrer/in: _____
- Notenstand: Deutsch: _____ Mathematik: _____ 1. Sprache: _____ 2. Sprache: _____
- Versetzung gefährdet? **Nein** **Ja**
- Lieblingsfächer: _____
- Problemfächer: _____
- Aktuelle schulische Probleme: _____
- Freunde in der Klasse mit außerschulischem Kontakt?: **Ja** **Nein**

5.7) Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit

- Besondere Interessen, welche? _____
- Welche Vereine / Gruppen?: _____
- bevorzugte Aktivitäten? _____
- Medien:
- o Handynutzung: _____ Stunden / Tag; Einschränkung durch Eltern? **Ja** **Nein**
- o TV -Nutzung: _____ Stunden / Tag; Einschränkung durch Eltern? **Ja** **Nein**
- o Internetnutzung: _____ Stunden / Tag; Einschränkung durch Eltern? **Ja** **Nein**
- o Konsolennutzung: _____ Stunden / Tag; Einschränkung durch Eltern? **Ja** **Nein**
- o Anmerkungen: _____

5.8) Kontakt zu Freunden

- Anzahl der „wahren“ Freunde: _____
- Alter der Freunde: von _____ bis _____ Jahren
- Kontaktfrequenz: _____ Mal / Woche:
- Wird zu Geburtstagen eingeladen? **Ja** **Nein**
- Gemeinsame Übernachtungen? **Ja** **Nein**
- Kennen Sie die Freunde Ihres Kindes? **Ja** **Nein**

6. Symptomentwicklung:

6.1) Wann hat die Symptomatik ihres Kindes begonnen? Mit _____ Jahren

- Gab es auslösende Ereignisse? O **Nein** O **Ja** , welche? _____

o

o

o

- Womit hängt die Symptomatik Ihrer Ansicht nach zusammen?

o

o

o

o

6.2) Wie ist die Reaktion (z.B. Verständnis, besondere Aufmerksamkeit, Strafe) auf die Symptomatik des Kindes?

- Leibliche Mutter: _____

- Leiblicher Vater: _____

- Weitere sorgeberechtigte Personen: z.B. _____

- Erzieher: _____

- Lehrer: _____

- Verwandte: z.B. _____

- Freunde: z.B. _____

6.3) In welchen Situationen ist die Symptomatik besonders stark?

•

•

•

6.4) In welchen Situationen ist die Symptomatik eher gering/gar nicht ausgeprägt?

•

•

•

6.5) Wie hat sich die Symptomatik im Lauf der Zeit weiterentwickelt?

•

•

•

6.6) Beschreiben Sie bitte worin Ihr Kind im Alltag durch die Symptomatik eingeschränkt ist

•

•

•

7. Familienanamnese:

7.1) Angaben zur Mutter, die im Haushalt lebt (bitte unterstreichen):

Kindmutter/Stief-/Adoptiv -/Pfleagemutter)

- Name: _____ Alter: _____
- Deutsche: Ja Nein Nationalität: _____ in Deutschland seit: _____
- Eigene Kindheit: Unkompliziert Kompliziert, weil _____
- Schulabschluss: _____
- Erlerner Beruf: _____
- Ausgeübter Beruf: _____
- Arbeitswochenstunden: _____
- Körperliche Beschwerden: Nein Ja, welche? _____
- Psychische Beschwerden: Nein Ja, welche? _____
- o Zurzeit in Behandlung Nein Ja, wo? _____
- Inwieweit kennen Sie als Eltern von sich die Symptomatik des Kindes: Nein Ja
- Wie ist Ihre Beziehung zum Kind? _____

7.2) Angaben zum Vater, der im Haushalt lebt (bitte unterstreichen):

Kindvater/Stief-/Adoptiv -/Pflegevater)

- Name _____ Alter: _____
- Deutscher: Ja Nein Nationalität: _____ in Deutschland seit: _____
- Eigene Kindheit: Unkompliziert Kompliziert, weil _____
- Schulabschluss: _____
- Erlerner Beruf: _____
- Ausgeübter Beruf: _____
- Arbeitswochenstunden: _____
- Körperliche Beschwerden: Nein Ja, welche? _____
- Psychische Beschwerden: Nein Ja, welche? _____
- o Zurzeit in Behandlung Nein Ja, wo? _____
- Kennen Sie als Eltern von sich die Symptomatik des Kindes: Nein Ja
- Wie ist Ihre Beziehung zum Kind? _____

7.3) Sind Sie verheiratet? Nein Ja, seit wann _____

7.4) Zusätzliche Angaben bei getrennt lebenden Elternteilen, die nicht im Haushalt leben:

- Name: _____ Alter _____
- Deutsche: Ja Nein Nationalität: _____ in Deutschland seit: _____
- Eigene Kindheit: Unkompliziert Kompliziert, weil _____
- Schulabschluss: _____
- Erlerner Beruf: _____
- Ausgeübter Beruf: _____
- Arbeitswochenstunden: _____
- Körperliche Beschwerden: Nein Ja, welche? _____
- Psychische Beschwerden: Nein Ja, welche? _____
- o Zur Zeit in Behandlung Nein Ja, wo? _____
- Inwieweit kennen Sie als Eltern von sich die Symptomatik des Kindes: Nein Ja
- Wie ist Ihre Beziehung zum Kind? _____

7.5) Nennung der Geschwister des Patienten mit Namen, Alter, Schulklasse, Berufsausbildung und beschreiben Sie stichpunktmäßig die Beziehung zum Patienten:

-
-
-
-
-

7.6) Großeltern mütterlicherseits:

- Oma: verstorben,
 - O **Ja** wann: _____, woran: _____
 - O **Nein:** Name _____, Alter: _____ Wohnort: _____
 - Psychische Erkrankung bekannt? O **Nein**, wenn O **Ja**, welche _____
 - Beziehung zum Patienten: _____

- Opa: verstorben,
 - O **Ja** wann: _____, woran: _____
 - O **Nein:** Name _____, Alter: _____ Wohnort: _____
 - Psychische Erkrankung bekannt? O **Nein**, wenn O **Ja**, welche _____
 - Beziehung zum Patienten: _____

7.7) Großeltern väterlicherseits:

- Oma: verstorben,
 - O **Ja** wann: _____, woran: _____
 - O **Nein:** Name _____, Alter: _____ Wohnort: _____
 - Psychische Erkrankung bekannt? O **Nein**, wenn O **Ja**, welche _____
 - Beziehung zum Patienten: _____

- Opa: verstorben
 - O **Ja** wann: _____, woran: _____
 - O **Nein:** Name _____, Alter: _____ Wohnort: _____
 - Psychische Erkrankung bekannt? O **Nein**, wenn O **Ja**, welche _____
 - Beziehung zum Patienten: _____

7.8) Noch lebende Urgroßeltern mütterlicherseits:

-

7.9) Noch lebende Urgroßeltern väterlicherseits:

-

7.10) Weitere wichtige Bezugspersonen für Ihr Kind innerhalb der Familie (z.B. Tanten, Onkel, Paten)

-
-

8.) Aktuelle Lebenssituation:

8.1) Wir leben in gemieteter - Wohnung, / Haus, eigener - Wohnung / Haus (**bitte Kombination unterstreichen**)

8.2) Anzahl der Zimmer:

8.3) Im Haushalt leben:

-
-
-
-
-

8.4) Das Kind hat ein eigenes Zimmer Ja Nein, teilt sich das Zimmer mit _____(Name)

8.5) Unsere aktuelle finanzielle Situation ist: sehr gut / zufriedenstellend / problematisch (**bitte unterstreichen**)

9.) Anmerkungen, die mit diesem Fragebogen nicht abgedeckt werden: