

9.1 Anamnesebogen Standard

Fragebogen zur Vorgeschichte

Liebe Eltern,

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung Ihres Kindes bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist nur für mich als Informationshilfe gedacht und wird, für Dritte nicht zugänglich, in der Patientenakte verwahrt.

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

2. Angaben zur leiblichen Mutter

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Ggf. E-Mail

3. Angaben zum leiblichen Vater

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	
Alter	Staatsangehörigkeit

Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Ggf. E-Mail

4. Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Ggf. E-Mail

5. Angaben zum Partner der Mutter

entfällt Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Ggf. E-Mail

6. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister) Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?
---------------	--------------	---------------------	--------	-----------------

7. Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?

- Eltern
- Hort/Tagesgruppe
- Jugendamt/KSD
- Arzt
- Schule
- Sonstige _____
(Wer?)
- Kindergarten
- Beratungsstelle

8. Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?

9. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Jahre

10. Wie verlief die Schwangerschaft?

Es liegen keine

Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

- normal beschwerlich Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
 seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft Wenn ja, welche Probleme?

11. Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

Es liegen keine Informationen vor.

- im Krankenhaus _____ (welches?) Hausgeburt

- normal zu früh zu spät
 Querlage Saugglocke Zange
 Kaiserschnitt Blutaustausch andere Komplikationen während der Geburt?

_____ (welche?)

Fragen zum Neugeborenen:

Gewicht: _____ Gramm Länge: _____ cm

Kopfumfang: _____ cm Apgar-Werte / / /

Wurde Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt?

- nein ja _____
Wie wurde Ihr Kind behandelt?

12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Es liegen keine Informationen vor.

frei sitzen mit: _____ Monaten Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____ Monaten

frei laufen mit: _____ Monaten Sauber Tag und Nacht mit: _____ Monaten

erste Worte mit: _____ Monaten Trocken Tag und Nacht mit: _____ Monaten

aktuelle Größe: _____ cm aktuelles Gewicht: _____ kg

Besonderheiten: _____
(welche?)

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	2	15.12.2022	Seite 4 von 9

13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beide Elternteile | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Tagesmutter | <input type="checkbox"/> Krabbelstube |
| <input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim) | <input type="checkbox"/> andere Personen | _____ (welche?) |

14. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer in Bewegung | <input type="checkbox"/> verletzte sich viel | <input type="checkbox"/> Kopferwerfen, schaukeln mit d. Körper |
| <input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen | <input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter | <input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab | <input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden | <input type="checkbox"/> eifersüchtig |
| <input type="checkbox"/> oft krank | <input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative | <input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich |
| <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen | _____ (welche?) |

15. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten? _____ Jahre

Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten? Nein Ja

Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten? Nein Ja

_____ (welchen?)

Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten? Nein Ja

Gab es im Kindergarten Probleme? Nein Ja

_____ (welche?)

Bestand Integrations-/Inklusions-/Förderbedarf?

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	2	15.12.2022	Seite 5 von 9

16. Fragen zum Schulalter

Es liegen keine Informationen vor.

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?		<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> ein Elternteil	<input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/> Tagesmutter
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> versorgt sich selbständig
Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?		Einschulungsjahr-Grundschule: _____
<input type="checkbox"/> normaler Verlauf	<input type="checkbox"/> Vorklasse besucht	<input type="checkbox"/> verspätete Einschulung
Bestand Integrations-/Inklusions-/Förderbedarf?		
<input type="checkbox"/> Wiederholung einer Klasse _____ (welche?)	<input type="checkbox"/> Wechsel auf eine Sonderschule	
<input type="checkbox"/> häufige Schulwechsel		
Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule?		<input type="checkbox"/> regelmäßig
<input type="checkbox"/> verspätet sich oft	<input type="checkbox"/> fehlt häufig wegen Krankheit	
<input type="checkbox"/> schwänzt/schwänzte häufig	<input type="checkbox"/> fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____ (welche?)	
Welche Schule besucht Ihr Kind zurzeit?		<input type="checkbox"/> entfällt, da noch nicht schulpflichtig
Name der Schule: _____	Klasse: _____	
Name der Klassenlehrerin: _____		
Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?		
Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)		
<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> Wohnzimmer
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> anderswo _____ (wo?)
Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?		
<input type="checkbox"/> vorwiegend selbständig	<input type="checkbox"/> mit gelegentlicher Hilfe	<input type="checkbox"/> vorwiegend mit Hilfe
Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?		
<input type="checkbox"/> weniger als 30 min.	<input type="checkbox"/> zwischen 30 und 60 min.	
<input type="checkbox"/> zwischen 60 und 120 min.	<input type="checkbox"/> über 120 min.	

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	2	15.12.2022	Seite 6 von 9

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber: allein mit anderen Kindern mit Erwachsenem

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medienkonsum?

Fernsehen _____ Smartphone _____ Videospiele _____

Computer _____ Spielekonsole _____

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein Musikgruppe Spielgruppe

Jugendgruppe Spielpark/Jugendzentrum anderes: _____
(was?)

18. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle	Welche?	In welchem Jahr

Erhält ihr Kind eine Medikation? Bitte geben Sie ggf. das Präparat und die Dosierung an:

Ggf. andere Förderungen / Beratungen / Therapien:

Welche Fortschritte wurden bisher in Bezug auf die Probleme erreicht?

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	2	15.12.2022	Seite 7 von 9

19. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Es liegen keine Informationen vor.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten |

(welche?)

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> entfällt | <input type="checkbox"/> bei Geschwistern | <input type="checkbox"/> beim Vater |
| <input type="checkbox"/> bei der Mutter | <input type="checkbox"/> bei den Großeltern | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? nein ja

(welche?)

20. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Welche? _____

21. Positive Eigenschaften des Kindes

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?
Über welche Entwicklungsschritte freuen/freuen Sie sich besonders?
Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

22. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter Vater
 Verwandter _____ andere Person _____
(wer?) (wer?)

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Unterzeichnung

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
J. Scholz	A. Scholz	2	15.12.2022	Seite 9 von 9