



Anamnesebogen

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname		Geburtsdatum und -ort	
Haus-/Kinderarzt	Krankenkasse		Staatsangehörigkeit
Versichertennummer Kind	Versichert über <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater	Versichertennummer d. Elternteil	Geburtsdatum d. Elternteils
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?)			
Sorgerecht <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <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	Telefax

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	Telefax



4.1 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	Telefax

4.1 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	Telefax

5. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Es liegen keine Informationen vor.

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



6. Angaben zu den körperlichen & psychischen Krankheiten in der Familie

Es liegen keine Informationen vor.

Beziehungsgrad (Onkel väterlicherseits/mütterlicherseits etc.)	Geburtsdatum	Art der Erkrankung

7. Grund der Vorstellung des Kindes

Beschreiben Sie bitte möglichst genau die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

Welches sind die Hauptfragestellungen und Erwartungen an die Behandlung?

Welche Ursachen gibt es Ihrer Meinung nach für die Schwierigkeiten Ihres Kindes?



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

Jahre

9. Wie verlief die Schwangerschaft?

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme? _____	

10. Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus _____ (welches?)	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zu spät
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____	Wie wurde Ihr Kind behandelt?

11. 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
Besonderheiten: _____ (welche?)	



12. 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?) | |

13. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig
(mehrere Angaben sind möglich)

Es liegen keine Informationen vor.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer in Bewegung | <input type="checkbox"/> verletzte sich viel | <input type="checkbox"/> Kopfwerfen, 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"/> Esssschwierigkeiten |
| <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?) |

14. 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?)

15. Fragen zum Schulalter

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit? entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: _____ Klasse: _____

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss

Realschulabschluss Fachhochschulreife Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?



Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren? trifft nicht zu

ein Elternteil Verwandte/Bekannte Tagesmutter

Hort Tagesgruppe versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes? Einschulungsjahr-Grundschule: _____

normaler Verlauf Vorklasse besucht verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse _____ (welche?) Wechsel auf eine Sonderschule

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule? regelmäßig

verspätet sich oft fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____ (welche?)

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer Küche Wohnzimmer

Hort Schule anderswo _____ (wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig mit gelegentlicher Hilfe vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

weniger als 30 min. zwischen 30 und 60 min.

zwischen 60 und 120 min. über 120 min.

Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?

nein ja _____ (welche Fächer?)

16. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber: allein mit anderen Kindern mit Erwachsenem

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein Musikgruppe Spielgruppe

Jugendgruppe Spielpark/Jugendzentrum anderes: _____ (was?)



17. 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

18. 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? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

(welche?)		

19. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

- entfällt Es liegen keine Informationen vor.

Welche? _____



20. Welche Stärken/positive Eigenschaften besitzt Ihr Kind?

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

21. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter Vater

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

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!