



## Anamnese-Fragebogen

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

### Patient/in:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Niederlassung: \_\_\_\_\_

Name d. Hauptversicherten: \_\_\_\_\_ KV Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kinderarzt/Hausarzt: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Adresse d. Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Schule/Klasse: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Name d. Klassenlehrers/in: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Wer würde das Kind/den Jugendlichen hauptsächlich zur Behandlung begleiten?

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

### Vorstellungsanlass / Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Vorbehandlungen, bisherige Maßnahmen und/oder aktuelle Therapien:

Wo haben Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter aufgrund der geschilderten Schwierigkeiten bisher vorgestellt (Zeitpunkt, Name, Adressen, Telefon)?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie evtl. Vorbefunde möglichst in Kopie zu Ihrem Termin mit!

\_\_\_\_\_



## Anamnese-Fragebogen

---

### Eltern:

Name d. Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf d. Mutter: \_\_\_\_\_

Name d. Vaters : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Beruf d. Vaters: \_\_\_\_\_

Leben die Eltern getrennt?  ja  nein falls ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Neue/r Partner der Eltern:  beide  Mutter  Vater  keiner

Sorgerecht:  beide  Mutter  Vater  Sonstiges

Gab es bereits Kontakte mit dem Jugendamt?  ja  nein

falls ja, Name des Ansprechpartners? \_\_\_\_\_

Das Kind lebt bei:  Eltern  Mutter  Vater  Sonstiges

Kontakt zu getrennt lebendem Elternteil?  ja  nein falls ja, wie oft? \_\_\_\_\_

### Geschwister (bitte Vorname, Alter und Patient/in in die Geschwisterreihe einfügen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Freizeitverhalten:

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

\_\_\_\_\_

Hobbys/Vereine: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Freunde? \_\_\_\_\_ Wie viele? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich

... vor dem Fernseher \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag,

... mit „neuen Medien“ (Handy, Spielekonsolen, Internet) \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag?

Wieviel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Kind täglich...

... bei den Hausaufgaben \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag,

... vor dem Fernseher \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag,

... mit gemeinsamen Aktivitäten (Sport, Lesen, Spielen) \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag?

\_\_\_\_\_



## Anamnese-Fragebogen

---

### **Besonderheiten in der Entwicklung und Vorgeschichte:**

---

---

---

---

Gab es Auffälligkeiten oder Belastungen während der **Schwangerschaft** (z.B. seelische Belastungen, Zigarettenkonsum, Alkohol, etc.)?

---

### **Geburt:**

In der wievielten Schwangerschaftswoche? \_\_\_\_\_

Geburtsgewicht in g: \_\_\_\_\_ Größe in cm: \_\_\_\_\_

Komplikationen: \_\_\_\_\_

Wurde das Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_

### **Frühkindliche Entwicklung:**

Bestanden in der Säuglingszeit Auffälligkeiten beim Kind (z. B. exzessives Schreien, Fütterstörung, etc.)? \_\_\_\_\_

---

Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten      Erste Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Sprachstörungen? \_\_\_\_\_

Sauber tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

Trocken tagsüber \_\_\_\_\_ nachts \_\_\_\_\_

### **Kleinkindalter und Kindergartenzeit:**

Bestanden in der Kleinkindalter Auffälligkeiten beim Kind (z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Trotzanfälle, Klauen, Ängste, Alpträume, Essverhalten, etc.)? \_\_\_\_\_

---

Wurde die Krippe besucht? Wenn ja, in welchem Alter und bis wann? \_\_\_\_\_

Eintritt in den Kindergarten mit \_\_\_\_\_ Jahren

Ist das Kind gerne gegangen? \_\_\_\_\_ Regelmäßig? \_\_\_\_\_

---



## Anamnese-Fragebogen

---

Eingewöhnungsschwierigkeiten/Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Schulzeit:**

Einschulung mit \_\_\_\_\_ Jahren

Eingewöhnungsschwierigkeiten? \_\_\_\_\_

Schulische Leistungen: \_\_\_\_\_

Wurde eine Klasse wiederholt? Wenn ja, welche und warum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es von Lehrern berichtete Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Auffälligkeiten bezüglich Hausaufgaben : \_\_\_\_\_

Wie würden Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Erwachsenen? \_\_\_\_\_

### **Familienbeziehungen:**

Bestimmte Probleme mit Mutter: \_\_\_\_\_

Bestimmte Probleme mit Vater: \_\_\_\_\_

Bestimmte Schwierigkeiten mit Geschwistern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Familiäre Belastungen:**

(Finanzielle, psych. oder med. Erkrankungen von Familienmitgliedern, Todesfälle, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Vegetative Anamnese:**

Aktuelle Größe: \_\_\_\_\_ Aktuelles Gewicht.: \_\_\_\_\_

Appetit:  gut  wenig  zu viel  unregelmäßig  Essattacken

Nehmen Sie gemeinsam Mahlzeiten ein?  ja welche? \_\_\_\_\_  nein

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?  ja welche? \_\_\_\_\_  nein

Hat Ihr Kind Allergien?  ja welche? \_\_\_\_\_  nein

Schlaf:  gut  wenig  zu viel  im Bett der Eltern  
 Durchschlafstörungen  Einschlafstörungen

\_\_\_\_\_



## Anamnese-Fragebogen

---

Suchtmittel:       Alkohol                       Nikotin       sonstige Drogen

Verletzt sich Ihr Kind selbst?       ja                       nein

falls ja, womit und wie häufig?

\_\_\_\_\_

Gibt es weitere Informationen, die für eine Behandlung wichtig wären?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**- Herzlichen Dank für Ihre Mühe! -**