



Anamnesebogen für Eltern Kinder und Jugendliche

Wir bitten Sie, uns die folgenden Fragen möglichst ausführlich zu beantworten um eine richtige Einordnung der Symptomatik zu gewährleisten.

Name geb. am:

Wohnort

männlich weiblich divers

Telefon:.....

Angaben zur Wohnsituation:

alleine bei beiden Eltern bei einem Elternteil in einer Einrichtung
in einer WG

Angaben zu den Eltern:

Elternteil 1: Name:.....

männlich weiblich divers

Geburtsdatum:..... Staatsangehörigkeit:.....

Erlerner Beruf:.....

Derzeitiger Beruf :.....

(Vollzeit Teilzeit arbeitslos im Haushalt tätig)

Telefon:.....

Elternteil 2: Name:.....

männlich weiblich divers

Geburtsdatum:..... Staatsangehörigkeit:.....

Erlerner Beruf:.....

Derzeitiger Beruf :.....

(Vollzeit Teilzeit arbeitslos im Haushalt tätig)

Telefon:.....

Weitere wichtige Bezugspersonen:

Namen:.....

männlich weiblich divers

Geburtsdatum:..... Staatsangehörigkeit:.....

Erlerner Beruf:.....

Derzeitiger Beruf :.....

(Vollzeit Teilzeit arbeitslos im Haushalt tätig)

Telefon:.....

Name:.....

männlich weiblich divers

Geburtsdatum:..... Staatsangehörigkeit:.....

Erlerner Beruf:.....

Derzeitiger Beruf :.....

(Vollzeit Teilzeit arbeitslos im Haushalt tätig)

Telefon:.....

Weitere Elternteile:

.....
.....
.....
.....

Weitere familiäre Besonderheiten (verheiratet seit? Trennungen, Scheidungen etc.)

.....
.....
.....
.....

Angaben zu Geschwistern:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Besonderheiten

.....

.....

.....

.....

Gab es Fehlgeburten in der Familie? Falls ja: wann? Wie sind Sie damit umgegangen?

.....

.....

Wie war/ist die Beziehung zu den Geschwistern?

.....

.....

Welche besonderen Lebensereignisse gab es bisher in der Kindheit? (Scheidung der Eltern, schwerwiegende Krankheiten, Krankenhausaufenthalte etc.)

.....

.....

Vorherige Behandlungen:

Praxis/Behandler*innen

Zeitraum

Kontaktdaten

.....

.....

.....

.....

Vorerkrankungen (psychisch, physisch):

.....

.....

Belastende Erlebnisse:

.....

.....



.....
.....
.....

Wegen welcher Sorgen wird Hilfe beansprucht?

.....
.....
.....
.....
.....

Zu welchem Zeitpunkt hat sich diese Symptomatik entwickelt?

.....
.....

Kindheit:

Wie verlief die Schwangerschaft/die erste Entwicklung?

- Es liegen keine Informationen vor
- ungestört beschwerlich Bemerkungen:.....

Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
erhebliche psychische Belastungen.....

Alter der Mutter bei der Entbindung

- Spontangeburt Kaiserschnitt
- Frühgeburt In welcher Woche?.....

Geburtsgewicht:.....

Größe.....

Apgar-Werte.....

Musste der Patient/die Patientin nach der Geburt behandelt werden?.....

Wurde der Patient/die Patientin gestillt?..... Wie lange?.....

Die frühkindliche Entwicklung:

Frei laufen mit Monaten

Erste Worte mitMonaten

Sauber am Tag mitMonaten

Sauber in der Nacht mit Monaten

Weitere Besonderheiten.....

Förderung:

Physiotherapie (Zeitraum.....)

Logopädie (Zeitraum.....)

Ergotherapie (Zeitraum.....)

Frühförderung (Zeitraum.....)

Das Verhalten in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig gehemmt, unsicher, ängstlich ungeschickt mit den Händen Schlafstörungen
 Haare ausreißen Körperkontakt abgewehrt oft krank trotzig immer in Bewegung
Schlafwandeln, Angstträume viel Nähe gesucht ängstlich gegenüber Fremden sehr ruhig,
bewegungsarm Essschwierigkeiten eifersüchtig

Fragen zur Kindergartenzeit:

Hatte das Kind Freude am Kindergarten?

Hatte das Kind Freund*innen im Kindergarten?.....

Gab es Probleme im Kindergarten?.....

Wurde ein Förderkindergarten besucht?.....

Fragen zur Schulzeit:

Welche Schule wird besucht:.....

Klasse:..... Lehrer*in:.....

Welcher Schulabschluss wurde bisher (ggf.) erreicht?.....

Gab es Besonderheiten im Verlauf? Normaler Verlauf Vorklasse besucht verspätete
Einschulung Wiederholung einer Klasse häufiger Schulwechsel

Wie regelmäßig besucht das Kind die Schule? Regelmäßig häufige Fehlzeiten aufgrund von
Krankheit Schule geschwänzt

Wie beschreiben Sie die Leistung Ihres Kindes in der Schule?

.....
.....

Bitte skizzieren Sie kurz (falls zutreffend) den beruflichen Werdegang (Ausbildung, Beruf, Anstellung etc.)

.....
.....

6

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen und der Schulzeit?

.....
.....

Womit beschäftigt sich das Kind in der Freizeit?

.....
.....

Zum körperlichen Status:

Körpergröße:.....

Körpergewicht:.....

Körperlicher Gesundheitszustand:.....

Trägt das Kind eine Brille?.....

Besteht eine Hörschädigung?.....

Besteht eine körperliche Behinderung?.....

Welche Medikamente (in welcher Dosierung) werden regelmäßig eingenommen?

.....
.....

Wissen Sie, ob in der Familie psychische Störungen aufgetreten sind? Und wenn ja, welche?

.....
.....

Ist im Umfeld bezüglich Ihres Kindes schon einmal der Begriff „Autismus“ gefallen?

.....

Zeigt Ihr Kind stereotype, sich wiederholende Verhaltensweisen? Tics?

.....

Wie geht Ihr Kind mit dem Gefühl „Wut“ um?

.....

.....

Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind Angst hat?

.....

.....

Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind wütend ist?

.....

.....

Wie schöpft das Kind/Jugendliche Kraft, wenn es ihm/ihr schlecht geht?

.....

.....

Wie viele Bekannte/Freund*innen hat das Kind/der Jugendliche?

.....

.....

Wie häufig ist der Kontakt zu den Bekannten/Freund*innen?

.....

.....

Wie beschreiben Sie die sozialen Fähigkeiten Ihres Kindes?

.....

.....

Was mögen Sie an Ihrem Kind?

.....

.....



Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Wohnsituation?

Sehr zufrieden-----sehr unzufrieden

Kommen Sie mit Ihrem Geld aus?

Sehr zufrieden-----sehr unzufrieden

Welche Rolle spielt Religion/Spiritualität im Familienleben?

.....
.....



Weitere Informationen

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!