

Gemeinschaftspraxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie
Dipl.-Psych. Katja Wohlgemuth
Dipl.-Soz.Arb./-päd. (FH) Camilla Herbold
 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen
 Sophienstraße 17
 68165 Mannheim

Anamnesebogen für Eltern

Liebe Eltern,

mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie, die vielfältigen möglichen Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen der aktuellen (Erziehungs-) Probleme, Krankheiten und Entwicklungsstörungen besser verstehen und einordnen zu können. Der Anamnesebogen kann eine gute Grundlage schaffen, um gemeinsam mit Ihnen nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Des Weiteren hilft er Zeit zu sparen und ermöglicht so im Gespräch ein intensiveres Eingehen auf die aktuelle Situation.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Anleitung zum Ausfüllen:

Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Der Bogen enthält sowohl Fragen zum Ankreuzen, als auch Fragen mit Platz für eigene Angaben. Bitte kennzeichnen Sie diejenigen Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind oder Unklarheiten bestehen, mit einem Fragezeichen.

Angaben zum Kind

Name, Vorname	Datum
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	Telefon
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige Wohnsituation: _____	
Das Sorgerecht liegt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter allein <input type="checkbox"/> Vater allein <input type="checkbox"/> sonstige Personen: _____	
Versichert über <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige: _____	Kostenträger
Kinder-/Hausarzt:	Telefon

Fragebogen ausgefüllt von: Mutter Vater sonstige: _____

1. Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes.

Wer oder was gab den Anstoß für die Vorstellung?

Welches sind die Hauptbeschwerden bzw. Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes?

1.

2.

3.

...

Wann haben die augenblicklichen Probleme bzw. die Erkrankung begonnen?

Zu welchen Veränderungen (z.B. Verbesserungen oder Verschlechterungen) kam es im Verlauf?

Gab es vor Beginn der aktuellen Probleme eine anhaltende Belastung/größere Veränderung im Leben Ihres Kindes? (z.B. Verlust einer Bezugsperson, Trennung, Unfall, Umzug)

Wann und wo wurde das Kind wegen seiner gegenwärtigen Beschwerden schon einmal vorgestellt?

(z.B. Erziehungsberatung, Kinderarzt, Psychiater)

von – bis

Beruf, Name, Anschrift

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Entwicklungsgeschichte des Kindes

Schwangerschaft

Beschwerden/Erkrankungen während der Schwangerschaft:

- Erbrechen Blutungen vorzeitige Wehen Schwangerschaftsdiabetes Bluthochdruck Infektionen
 Nierenerkrankungen Krampfanfälle Fieber Herzerkrankungen Unfälle Operationen

ggf. nähere Erläuterungen:

Wie wurde die Schwangerschaft von Ihnen/von der Mutter erlebt?

- gewollt ungewollt Zeitpunkt günstig Zeitpunkt ungünstig
 ablehnend erfreut angenehm belastend
-

Welchen Gefährdungen, möglichen Schädigungen, waren Sie/die Mutter während der Schwangerschaft ausgesetzt?

- Toxoplasmose Medikamente, welche _____ Alkohol, Menge pro Tag _____
 Rauchen, Menge pro Tag _____ Strahlenbelastung Stress psychische Probleme

ggf. nähere Erläuterungen:

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt?

Daten zur Geburt

Gewicht _____ Größe _____ Kopfumfang _____ APGAR _____

Komplikationen/Besonderheiten während oder kurz nach der Geburt:

- Hausgeburt Steißlage Zangengeburt Saugglocke Kaiserschnitt keine Spontanatmung
 Atemstillstand Rh-Unverträglichkeit Nabelschnurumschlingung andere: _____
-

Weitere Bemerkungen zur Geburt:

Säuglings- und Kleinkindalter

Traten im Säuglings- und/oder Kleinkindalter Schwierigkeiten auf?

Neugeborenenenerkrankungen/-infektionen (Gelbfieber etc.): _____

Fütterungsprobleme/ Spei- oder Spuckkind: _____

Anhaltendes Schreien, Kind war schwer zu beruhigen

Schlafprobleme: _____

Kind wies Körperkontakt ab

Schwerwiegende Erkrankungen/Operationen/Unfälle: _____

Anderes: _____

Trug/trägt Ihr Kind noch Windeln nach dem 4. Geburtstag Nein

Ja, tags bis zum Alter von _____ Jahren. Ja, nachts bis zum Alter von _____ Jahren.

Wie verlief, die Sauberkeitsentwicklung, bitte beschreiben:

Krabbeln ab _____ freies Laufen ab _____ erste Worte ab _____ Fremdeln ab _____

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung? Bitte beschreiben:

Wie gestaltete sich die Erziehung und Pflege Ihres Kindes zur dieser Zeit?

hat viel Freude gemacht fast problemfrei hat mich erschöpft gab viele Sorgen

war glückliche Zeit konnte es meistern würde es anders machen war oft genervt/gereizt

bekam viel Unterstützung war oft ratlos musste alles allein machen

Welche der folgenden Eigenschaften charakterisier(t)en Ihr Kind im Kleinkindalter?

ängstlich unselbstständig spielfreudig sucht viel Körperkontakt kränklich bewegungsarm

kontaktfreudig eifersüchtig lernfreudig ausdauernd im Spiel lebhaft liebebedürftig

sprachgewandt tollpatschig aggressiv motorisch unruhig fröhlich

Kindergartenalter (3-6 Jahre)

Wie wurde Ihr Kind vor dem Eintritt in den Kindergarten betreut?

- innerhalb der Familie Krippe Tagesmutter

ab dem Alter von _____

Wie alt war Ihr Kind, als es in den Kindergarten kam? _____

- halbtags ganztags

Wie verlief die Eingewöhnung? Wurden im Kindergarten Auffälligkeiten beobachtet? Bitte beschreiben:

Gab es schwerwiegende Erkrankungen/Operationen/Unfälle? Bitte beschreiben:

Welche der folgenden Eigenschaften & Verhaltensweisen charakterisier(t)en Ihr Kind im Kindergartenalter?

- selbstständig spielt den Clown zieht sich allein an sucht Sozialkontakt weint schnell
 kontaktscheu spielt lieber allein bevorzugt jüngere Kinder kann sich einordnen lernt schnell
 geht allein raus hält sich an Regeln braucht viel Anleitung stellt viel Unfug an fröhlich
 unbeherrscht kann nachgeben setzt seinen Willen durch langweilt sich oft anhänglich
 hilft im Haushalt hat viele Freunde wechselt schnell Freunde wechselt Spiele häufig
 redet pausenlos ärgert andere Kinder ist immer in Bewegung wortkarg/sprachscheu

Welche der folgenden Beschwerden, Verhaltensauffälligkeiten oder Behinderungen lagen bis zur Einschulung vor oder wurden vom Arzt festgestellt?

- Einnässen Einkoten Essstörungen Schlafstörungen Schlafwandeln
 Ängste Anfallsleiden Sprachstörungen Bewegungsstörungen Minderbegabung
 Mutismus Autismus Tic-Störungen Kopfwerfen (Jaktationen) Geschwisterrivalität
 Minderwuchs Nägelkauen Entwicklungsstörungen häufige Bauchschmerzen

Schulalter

Die Einschulung erfolgte mit _____ Jahren in die _____ (Schulart?)

Welche Schule besucht Ihr Kind aktuell?

Welche Klassenstufe? _____

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? Nein Ja, welche? _____

Traten in der Grundschule Besonderheiten auf? In welcher Klassenstufe und welche?

Traten in der weiterführenden Schule Besonderheiten auf? In welcher Klassenstufe und welche?

Schule	Klassenstufe von - bis	Grund für Schulwechsel

Welche der folgenden Problem und Verhaltensauffälligkeiten haben Sie bei Ihrem Kind im Schul- und Leistungsbereich beobachtet?

- LRS (Legasthenie) Rechenschwäche Konzentrationsschwäche Leistungsschwankungen
Leistungsverweigerung mangelnde Motivation Schule schwänzen Versagensängste
übermäßiger Ehrgeiz Übergenaugigkeit Angst vor Klassenarbeiten stört den Unterricht
aggressives Verhalten fehlt oft wg. Krankheit wird von anderen abgelehnt ist der Klassenclown

3. Aktualanamnese

Krankheiten, Einschränkungen und Belastungen

Wo wurde Ihr Kind bereits vorgestellt oder behandelt? Bitte geben Sie bei Therapien Grund und Dauer an:

- Krankengymnastik _____
Logopädie _____
HNO oder Pädaudiologie _____
Frühe Hilfen/Frühförderung _____
ambulante Psychotherapie _____
Eltern-Kind-Kur _____
Ergotherapie _____
Beratungsstelle _____
Sozialpädiatrisches Zentrum _____
ambulanter Kinder- und Jugendpsychiater _____
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie _____
Kinderklinik _____

Hat/ Hatte Ihr Kind körperliche Erkrankungen oder Einschränkungen? [z.B. Asthma bronchiale, rheumatische Erkrankungen, Allergien, angeborene Erkrankungen, wie Herzfehler, Sehschwäche (Braucht das Kind eine Brille?), Hörschaden etc.]

Nein Ja, welche:

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, welche:

Sind in Familie oder Verwandtschaft chronische (z.B. Herz- oder Schmerzerkrankungen), körperliche (z.B. Krebserkrankungen) oder psychische Erkrankungen (z.B. Depression, Angsterkrankung, Alkoholkrankheit) bekannt?

Nein Ja, bitte beschreiben:

Angaben zu Familie und Lebenssituation

Wer sind die Hauptbezugspersonen des Kindes?

Mutter Vater beide Eltern Andere, wer:

Geschwister

Vorname				
Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w			
Alter				
Lebt zu Hause	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beziehung	<input type="checkbox"/> Halbg. <input type="checkbox"/> Stiefig.			
Besonderheiten/ Probleme/ Erkrankungen				

Wer sind weitere wichtige Bezugspersonen Ihres Kindes?

- Großeltern, wer:
- Geschwisterkind, welches:
- andere Verwandte, wer:
- andere Personen, wer:

Leben die Eltern zusammen verheiratet, seit _____ getrennt, seit _____

Wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil:

Beschreiben Sie bitte die Beziehung, die Sie als Eltern zueinander haben:

Welche Aufgaben übernimmt der Vater, die Mutter im Familienleben?

Was unternimmt die Familie nach Feierabend oder an Wochenenden?

Welche folgenden (familiären) Belastungen/Lebensereignisse treffen zu?

- finanzielle Belastung berufliche Belastung Arbeitslosigkeit häufige Auseinandersetzungen/Streit
 - Partnerschaftskrise Trennung neue/r Lebenspartner/in
 - Belastung durch die Krankheit/Pflege eine Familienangehörigen, bitte erläutern:

 - Belastung durch den Tod einer nahestehenden Person, bitte erläutern:

 - Wohnungswechsel, bitte erläutern:

 - andere, bitte erläutern:
-

Gab es Kontakt zu Behörden?

Nein Ja, nämlich: Jugendamt Arbeitsamt Schulamt Familienhilfe (SPFH) Schulbegleitung

Wenn ja seit wann? Ggf. nähere Erläuterung:

Eltern

	Mutter	Vater
Name + Vorname		
Geburtsjahr		
Nationalität		
höchster Schulabschluss		
erlernter Beruf		
ausgeübter Beruf		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Besonderheiten/ Probleme/ Erkrankungen		

Adoptiv-, Pflege-, oder Stiefeltern

Verhältnis zum Kind (Adoptiv/Pflege/Stief)		
Name + Vorname		
Geburtsjahr		
Nationalität		
höchster Schulabschluss		
erlernter Beruf		
ausgeübter Beruf		
	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit
Besonderheiten/ Probleme/ Erkrankungen		

Ressourcen

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind? (Verhalten, Eigenschaften, Fähigkeiten)

Welche Interessen oder Hobbys hat Ihr Kind?

Welche Eigenschaften und Fähigkeiten können Ihrem Kind bei der Bewältigung der Probleme helfen?

Was können und möchten Sie als Eltern zur Bewältigung der aktuellen Probleme beitragen?

Wer kann ihr Kind bei der Überwindung der aktuellen Problemen unterstützen und wie?

Wer kann die Familie/Sie als Eltern bei der Überwindung der aktuellen Problem unterstützen und wie?

4. Weitere Fragen

Was erwarten Sie von der Vorstellung bzw. einer Behandlung? (Ziele)

Gibt es weitere Informationen, die wichtig sein könnten?

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!
