

Gemeinschaftspraxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Dipl.-Psych. Katja Wohlgemuth

Dipl.-Soz.Arb./-päd. (FH) Camilla Herbold

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen

Sophienstraße 17

68165 Mannheim

Anamnesebogen für Jugendliche/Erwachsene

Liebe Patienten,

mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie, die vielfältigen möglichen Ursachen und aufrechterhaltenden Bedingungen Ihrer aktuellen Symptome/Beschwerden 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 zur Person

Name, Vorname	Datum
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Anschrift	Telefon
aktuelle Wohnsituation: <input type="checkbox"/> bei den Eltern Eltern <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> sonstige Wohnsituation: _____	
Für Personen unter 18 Jahre! Das Sorgerecht liegt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter allein <input type="checkbox"/> Vater allein <input type="checkbox"/> sonstige Personen: _____	
<input type="checkbox"/> selbst versichert oder versichert über: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige: _____	Kostenträger
Kinder-/Hausarzt:	Telefon Arzt

1. Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte die Gründe der Vorstellung.

Wer oder was gab den Anstoß für die Vorstellung?

Welches sind die Hauptbeschwerden?

1.

2.

3.

...

Wann haben die augenblicklichen Beschwerden 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 in Ihrem Leben? (z.B. Verlust einer Bezugsperson, Trennung der Eltern, Unfall, Umzug)

Wann und wo haben Sie sich (oder wurden Sie als Kind/Jugendl.) wegen Ihrer gegenwärtigen Beschwerden schon einmal vorgestellt? (z.B. Ärzte, Beratungsstelle, Psychotherapie)

von – bis

Beruf, Name, Anschrift

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Traten jemals vorher diese oder ähnliche Beschwerden (geringer?) auf? Nein Ja, bitte beschreiben:

2. Entwicklungsgeschichte

Schwangerschaft

Welchen Erkrankungen, Gefährdungen oder möglichen Schädigungen sind Ihnen aus der Schwangerschaft ihrer Mutter bekannt?

- Toxoplasmose Medikamente Alkohol Rauchen Unfälle
Strahlenbelastung psychische Probleme Stress/Belastung vorzeitige Wehen Blutungen

ggf. nähere Erläuterungen/andere Beschwerden:

Geburt

Gewicht _____ Größe _____ Kopfumfang _____ APGAR _____

Komplikationen/Besonderheiten während oder kurz nach der Geburt:

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

Säuglings- und Kleinkindalter

Traten im Säuglings- und/oder Kleinkindalter Schwierigkeiten auf?

- Neugeborenenenerkrankungen/-infektionen (Gelbfieber etc.): _____
Fütterungsprobleme/ Spei- oder Spuckkind
Anhaltendes Schreien, schwer zu beruhigen
Schlafprobleme
Schwerwiegende Erkrankungen/Operationen/Unfälle: _____
Anderes: _____
-

Gab es Auffälligkeiten in Ihrer frühkindlichen Entwicklung (motorisch, sprachlich, sozial, Sauberkeit, ...)?
Bitte beschreiben:

Welche der folgenden Eigenschaften charakterisierten Sie 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 wurden Sie vor dem Eintritt in den Kindergarten betreut?

- innerhalb der Familie Krippe Tagesmutter

ab dem Alter von _____

Wie alt waren Sie, als Sie in den Kindergarten kamen? _____

- halbtags ganztags

Gab es im Kindergartenalter (oder bei der Eingewöhnung) Auffälligkeiten/schwerwiegende Erkrankungen/ Operationen/Unfälle? Bitte beschreiben:

Welche der folgenden Beschwerden, Verhaltensauffälligkeiten oder Erkrankungen traten in Ihrer Kindheit/Jugend auf?

- Einnässen Einkoten Essstörungen Schlafstörungen Schlafwandeln
 Ängste Anfallsleiden Sprachstörungen Bewegungsstörungen Minderbegabung
 Mutismus Autismus Tic-Störungen Kopfwerfen (Jaktationen) Geschwisterrivalität
 Minderwuchs Nägelkauen Entwicklungsstörungen häufige Bauchschmerzen Kopfschmerzen
 Übergewicht Untergewicht Zwangshandlungen Sehstörungen Schwerhörigkeit
 Bulimie Asthma Suizidversuche Haare ausreißen Schüchternheit
 Feuerlegen Allergien Bauchschmerzen

Schulalter

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

Welche Klassen wurden wiederholt? _____

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

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

Sind/Waren Sie zufrieden mit Ihren schulischen Leistungen?

Schulischer/Beruflicher Werdegang

aktuell befindlich in:

Schule Schulart _____ Klassenstufe _____

Ausbildung zu _____

Studium: _____

berufliche Tätigkeit: _____

anderes, bitte erläutern: _____

Welche der folgenden Problem und Verhaltensauffälligkeiten trafen während der Schulzeit auf Sie zu?

LRS (Legasthenie) Rechenschwäche Konzentrationsschwäche Leistungsschwankungen

Leistungsverweigerung mangelnde Motivation Schule schwänzen Versagensängste

übermäßiger Ehrgeiz Übergenauigkeit Angst vor Klassenarbeiten Störung des Unterrichts

aggressives Verhalten von anderen abgelehnt viele Fehltage wg. Krankheit Klassenclown

3. Aktualanamnese

Krankheiten, Einschränkungen und Belastungen

Haben Sie irgendwelche körperlichen Erkrankungen oder Einschränkungen? [z.B. Asthma bronchiale, rheumatische Erkrankungen, Allergien, angeborene Erkrankungen, wie Herzfehler, Sehschwäche, Hörschaden etc.]

Nein Ja, welche:

Nehmen Sie 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:

Haben Sie Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt gemacht?

Nein Ja, einmal mehrmals immer wieder

Durch wen? Bitte beschreiben:

Konsumieren Sie Drogen oder Alkohol? Nein Ja

Was? Wie oft?

Hatten Sie manchmal Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen? Nein Ja, bitte beschreiben:

Angaben zu Familie und Lebenssituation

Geschwister

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

Eltern

	Mutter	Vater
Geburtsjahr		
Nationalität		
höchster Schulabschluss		
ausgeübter Beruf		
Besonderheiten/ Probleme/ Erkrankungen		

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

Beschreiben Sie bitte kurz die Beziehung Ihrer Eltern untereinander:

Wie war/ist Ihre Beziehung zu Ihren Eltern?

Wie war/ist Ihre Beziehung zu Ihren Geschwistern?

Welche der folgenden Merkmale charakterisieren Ihre Erziehung am ehesten?

- streng nachsichtig verwöhnend kontrollierend überbesorgt nachlässig wechselhaft
 tolerant nachgiebig lieblos liebevoll einschränkend autoritär inkonsequent
 behütet unterstützend moralisierend antiautoritär gegenseitige Achtung

Wie viele Freunde haben Sie? _____

Wie oft in der Woche/im Monat unternehmen Sie etwas gemeinsam? _____

Was unternehmen Sie gemeinsam?

Wie ist Ihre sexuelle Orientierung? Bitte beschreiben:

Haben Sie aktuell einen festen Partner? Nein Ja

längster Partnerschaft: _____

Gab/Gibt es andere wichtige Bezugspersonen in Ihrem Leben? Nein Ja, bitte beschreiben:

Gibt es Kontakt zu Behörden?

- Nein Ja, nämlich: Jugendamt Arbeitsamt Schulamt Familienhilfe (SPFH) Schulbegleitung
Wenn ja seit wann? Ggf. nähere Erläuterung:

Welche folgenden Belastungen/Lebensereignisse treffen zu?

finanzielle Belastung berufliche Belastung Arbeitslosigkeit Partnerschaftskrise

Trennung der Eltern häufige Auseinandersetzungen/Streit, mit _____

Belastung durch die Krankheit/Pflege eines Familienangehörigen, bitte erläutern:

Belastung durch den Tod einer nahestehenden Person, bitte erläutern:

Wohnungswechsel, bitte erläutern:

andere, bitte erläutern:

Wie viele Stunden Freizeit haben Sie pro Tag?

Wie viele Stunden verbringen Sie pro Tag am Handy/Computer/Fernseher u.ä.?

Ressourcen

Welche Interessen oder Hobbys haben Sie?

Was mögen Sie an sich? (Verhalten, Eigenschaften, Fähigkeiten)

Was mögen andere an Ihnen?

Welche Bereiche in Ihrem Leben sind von Ihren Problemen/Beschwerden verschont geblieben?

Welche Eigenschaften und Fähigkeiten können Ihnen bei der Bewältigung der Probleme helfen?

Wer kann Sie bei der Überwindung der aktuellen Problemen 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!