

**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: _____	
<b><u>Für Personen unter 18 Jahre!</u></b> 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	Kostenträger
oder versichert über: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> sonstige: _____	
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			
Alter				
Lebt zu Hause	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Beziehung	<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!**