



Praxis für Kinder- &
Jugendpsychiatrie
Tim Güntzel

Anamnesebogen

Für eine bestmögliche Behandlung beantworten
Sie die Fragen bitte möglichst vollständig.

Kind

Name, Vorname _____ Alter _____

wohnhaft bei ☐ Mutter ☐ Vater ☐ _____

versichert ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ gesetzlich plus private Zusatzversicherung

Mutter

Name, Vorname _____ geb. _____

Adresse _____

Festnetz _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Vater

Name, Vorname _____ geb. _____

Adresse _____

Festnetz _____ Handy _____

E-Mail-Adresse _____

Sorgerecht liegt bei _____

Grund der Vorstellung: Was hat Sie zu uns geführt? Was ist Ihr Anliegen? (Stichpunkte sind ausreichend!)

Entwicklungsgeschichte des Kindes

Bitte bringen Sie zur Erstuntersuchung das Gelbe U-Heft mit.

Impfstatus ☐ vollständig ☐ ausstehend _____
 Gelbes U-Heft ☐ vollständig ☐ ausstehend _____

Schwangerschaft

Anzahl Schwangerschaften _____ Anzahl Geburten _____ ☐ natürliche ☐ unterstützte

Alter der Mutter bei Entbindung _____

Vorausgegangen ☐ Abgang ☐ Schwangerschaftsabbruch

Komplikationen/Risikofaktoren ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Nikotinkonsum ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Alkoholkonsum ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Andere Drogen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Medikamente ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Geburt

☐ spontane Geburt ☐ eingeleitet ☐ Geburt in welcher Schwangerschaftswoche _____

☐ Normalgeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ (nach Blasensprung)

Komplikationen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Geburtsparameter Größe _____ Gewicht _____ Kopfumfang _____ APGAR _____

Auffälligkeiten beim Kind nach der Geburt? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Körperliche oder psychische Probleme der Mutter nach Geburt? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Säuglings- & Kleinkindalter

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind als Säugling/Kleinkind Probleme?

☐ nein ☐ ja, und zwar ☐ vermehrtes Schreien ☐ Probleme mit dem Füttern
☐ Schlafprobleme ☐ _____

Meilensteine der Entwicklung

freies Laufen _____ erste Worte _____ erste Sätze _____

tagsüber trocken _____ nachts trocken _____ sauber _____

Wie würden Sie das Verhalten ihres Kindes als Kleinkind beschreiben? _____

Kindergartenbesuch

Hat Ihr Kind eine **Kinderkrippe** besucht? ☐ nein ☐ ja, ab wann _____

Trennungsschwierigkeiten ☐ nein ☐ ja, wie lange _____

Sozialverhaltensschwierigkeiten ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Andere Probleme _____

Hat Ihr Kind einen **Kindergarten** besucht? ☐ nein ☐ ja, ab wann _____

Trennungsschwierigkeiten ☐ nein ☐ ja, wie lange _____

Sozialverhaltensschwierigkeiten ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Andere Probleme _____

Schulische Entwicklung

Einschulung Alter _____ ☐ zeitgerecht ☐ vorzeitig ☐ zurückgestellt, weil _____

☐ Regel-Grundschule ☐ Diagnose-Förderklasse ☐ Förderschule _____

Aktuell besuchte Klasse und Schulform _____

Klassenwiederholungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Schulwechsel ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Hinweise auf Teilleistungsstörungen (Legasthenie oder Dyskalkulie)? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Weitere schulische Probleme _____

Ggf. Schulabschluss/beruflicher Werdegang _____

Behandlung & Förderung

In welchen Krankenhäusern wurde das Kind ambulant o. stationär vorgestellt oder behandelt? Wann? Warum?

Wo wurde oder wird Ihr Kind ambulant behandelt?

☐ Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wann und warum

☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, wann und warum

☐ Erziehungsberatungsstelle, wann und warum

Erhält Ihr Kind folgende Behandlungen/Förderungen bzw. hat diese erhalten?

☐ Frühförderung

☐ Logopädie

☐ Ergotherapie

☐ Krankengymnastik

☐ Brille

☐ Hörhilfe

☐ Nachhilfe

☐ Förderkurs in Deutsch/Mathe in der Schule

Haben Sie bereits Unterstützung durch das Jugendamt erhalten? (Welches Amt, Maßnahme, Sachbearbeitende P.)

Körperliche Erkrankungen

Welche Kinderkrankheiten traten auf?

Bekannte Allergien

☐ nein

☐ ja, und zwar

Hinweise auf Krampfanfälle

☐ nein

☐ ja, und zwar

Schwere oder chronische Erkrankungen

☐ nein

☐ ja, und zwar

Operationen

☐ nein

☐ ja, und zwar

Regelmäßige Medikamenteneinnahme

☐ nein

☐ ja, und zwar

Weiteres

Gibt es bei Ihrem Kind Auffälligkeiten hinsichtlich...

Schlaf

☐ nein

☐ ja, und zwar

☐ Einschlafen

☐ Durchschlafen

☐ Früherwachen

☐ andere

Appetit/Essverhalten

☐ nein

☐ ja, und zwar

Freundschaften schließen
& aufrecht erhalten

☐ nein

☐ ja, und zwar

Antrieb ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Schmerzen ☐ nein ☐ ja, und zwar: ☐ Bauchschmerzen ☐ Kopfschmerzen
☐ andere: _____

Angst ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Zwanghaftes Verhalten ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Gibt es Hinweise, dass ihr Kind die folgenden **Substanzen** konsumiert

Nikotin ☐ nein ☐ ja, Menge _____

Alkohol ☐ nein ☐ ja, Menge _____

andere Drogen ☐ nein ☐ ja, Substanz und Menge _____

Wie ausgeprägt ist der **Medienkonsum** Ihres Kindes (durchschnittliche Stundenzahl pro Tag)?

☐ PC-Spiele _____ Std./Tag ☐ Spielkonsolen (z.B. Nintendo, Playstation) _____ Std./Tag
☐ Fernsehen _____ Std./Tag ☐ Handy _____ Std./Tag ☐ Internet _____ Std./Tag

Bevorzugte Aktivitäten am Handy/im Internet? _____

Welche Spiele PC-/Spielkonsolen-/Handyspiele spielt Ihr Kind? _____

Welche Apps/sozialen Medien nutzt Ihr Kind hauptsächlich? _____

Welche Hobbys hat ihr Kind? _____

Sexuelle Entwicklung: Bestehen sexuelle Interessen/Kontakte? Bestehen Unsicherheiten in/Schwierigkeiten wegen der sexuellen Orientierung?

Wie beschreiben Sie Ihren **Erziehungsstil**? ☐ eher streng ☐ eher nachgiebig
☐ beide Eltern erziehen sehr unterschiedlich

Gibt es **Konsequenzen**? Wenn ja, welche? _____

Gibt es **Taschengeld**? Wenn ja, wie viel? _____

Familiengeschichte

Lebenssituation des Kindes

Das Kind **lebt derzeit** bei:

- ☐ bei beiden leiblichen Eltern
- ☐ bei leiblicher Mutter und ggf. Ersatz-/Stiefelternteil? _____
- ☐ bei leiblichem Vater und ggf. Ersatz-/Stiefelternteil? _____
- ☐ in einer Pflegefamilie seit _____ Name Pflegefamilie _____
- ☐ in einer Adoptivfamilie seit _____ Name Adoptivfamilie _____
- ☐ in einer Heimeinrichtung seit _____ Name Heimeinrichtung _____

Wenn Eltern **getrennt/geschieden**: Wann Trennung? _____ Wann Scheidung? _____

Besuchsregelung _____

Wohnsituation _____

Finanzielle Situation ☐ sehr gut ☐ gut ☐ ausreichend ☐ angespannt

Werdegang der Mutter

☐ leibliche Mutter ☐ Stiefmutter ☐ Adoptivmutter ☐ Pflegemutter

Schulabschluss ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Ausbildung ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

☐ Teilzeit ☐ Vollzeit ☐ Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Psychische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Behandlung ☐ ja, und zwar _____

Bei getrennt lebenden Eltern

lebt Mutter in neuer Partnerschaft? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Partner*in Name, Vorname _____ Alter _____

Aktuelle Tätigkeit _____ Psychische Erkrankungen _____

Großeltern mütterlicherseits

Großmutter Alter _____ Kontakt ☐ gut ☐ regelmäßig ☐ kein Kontakt

Körperliche/psychiatrische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Großvater Alter _____ Kontakt ☐ gut ☐ regelmäßig ☐ kein Kontakt

Körperliche/psychiatrische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Weitere körperliche/psychiatrische Erkrankungen in der mütterlichen Verwandtschaft?

Werdegang des Vaters

☐ leiblicher Vater ☐ Stiefvater ☐ Adoptivvater ☐ Pflegevater

Schulabschluss ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Ausbildung ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

☐ Teilzeit ☐ Vollzeit ☐ Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Psychische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Behandlung ☐ ja, und zwar _____

Bei getrennt lebenden Eltern

lebt Vater in neuer Partnerschaft? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Partner*in Name, Vorname _____ Alter _____

Aktuelle Tätigkeit _____ Psychische Erkrankungen _____

Großeltern väterlicherseits

Großmutter Alter _____ Kontakt ☐ gut ☐ regelmäßig ☐ kein Kontakt

Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Großvater Alter _____ Kontakt ☐ gut ☐ regelmäßig ☐ kein Kontakt

Körperliche/psychiatrische Erkrankungen: ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Weitere körperliche/psychiatrische Erkrankungen in der väterlichen Verwandtschaft?

Geschwister (Halb-/Stief- und leibliche Geschwister)

Name _____	Alter _____	Schule/Beruf _____
	Erkrankungen _____	
Name _____	Alter _____	Schule/Beruf _____
	Erkrankungen _____	
Name _____	Alter _____	Schule/Beruf _____
	Erkrankungen _____	
Name _____	Alter _____	Schule/Beruf _____
	Erkrankungen _____	
Name _____	Alter _____	Schule/Beruf _____
	Erkrankungen _____	

Ergänzungen

Gibt es noch etwas, was Sie uns mitteilen möchten?

Wir freuen uns Ihr Kind und Sie kennen zu lernen.