

Anamnesebogen

Wir bitten Sie, den folgenden Anamnesebogen mit Angaben zur Vorgeschichte sorgfältig auszufüllen.

1. Patient: Datum: _____
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____

2. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

3. Aktuelle Problematik

Welche aktuellen Probleme können Sie beschreiben?

Seit wann bestehen diese Probleme und warum kommen Sie gerade jetzt zu uns?

Wie oft treten diese Probleme auf, wann gibt es Ausnahmen?

Was wurde bisher unternommen? (eigene Ideen oder bisherige Behandlungen, Maßnahmen wie z. B. Jugendamt, Fachdienste, Frühförderung, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie)

Mit welchen anderen Problemen beschäftigt sich Ihre Familie derzeit noch?

4. Entwicklung des Kindes (Bitte zutreffendes ankreuzen und evtl. näher beschreiben.)
Schwangerschaft

- Unauffällig
- Schwangerschaftskomplikationen (z. B. vorzeitige Wehen oder Blutungen)
- Andere psychische oder körperliche Belastungen (z.B. Erkrankungen, Umzüge, Tod naher Angehöriger)
- Einnahme von Medikamenten
- Nikotin- oder Alkoholkonsum

Geburt¹

- Unauffällig
- Geburt termingerecht
- Wenn nicht, in welcher Schwangerschaftswoche?
- Geburtskomplikationen (Welche?)
- Geburtsgewicht:
- Geburtslänge:
- APGAR-Werte:

Entwicklung im ersten Lebensjahr

- Unauffällig
- Wurde das Kind gestillt? (Dauer in Monaten)
- Stillkomplikationen (Welche?)
- Schlafprobleme
- Erkrankungen

Motorische Entwicklung

- Unauffällig
- Freies Sitzen (Angabe in Monaten)
- Freies Laufen (Angabe in Monaten)
- Gab es Auffälligkeiten? (Welche?)

Sprachliche Entwicklung

- Unauffällig
- Erste Worte (Angabe in Monaten)
- Erste Sätze (Angabe in Monaten)
- Gab es Auffälligkeiten? (Welche?)

Sauberkeitsentwicklung

- Unauffällig
- Am Tage sauber (Angabe in Monaten)
- Nachts sauber (Angabe in Monaten)
- Am Tage trocken (Angabe in Monaten)
- Nachts trocken (Angabe in Monaten)

Bitte füllen Sie im Folgenden die Angaben zur **vorschulischen Entwicklung** aus.
Allgemeiner Eindruck, evtl. Probleme (z. B. motorische Unruhe, Kontaktverhalten)

Welche vorschulischen Kindereinrichtungen hat Ihr Kind besucht?

Einrichtung	Von wann?	Bis wann?	Grund des Wechsels

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu Gleichaltrigen! Gab es Probleme?

Entwicklung während der **Schulzeit**

Wann wurde Ihr Kind eingeschult (Alter, ev. Zurückstellung, Schule / Schulart)

Welche Schulr/Schulform	Von wann?	Bis wann?	Grund des Wechsels

Hat Ihr Kind Klassen wiederholt? Welche? _____

Wie schätzen Sie die Lerneigenschaften Ihres Kindes ein? (z. B. Leistungsprobleme, Stärken)

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu Gleichaltrigen! Gab es Probleme?

Höchster Schulabschluss: _____

Bitte füllen Sie im Folgenden die Angaben zur **Berufsausbildung** aus.

Berufswunsch: _____

Welche Berufsausbildung? (z. B. Lehrstelle, Fördermaßnahme)

Gab es Probleme während der Berufsausbildung?

Bitte beantworten Sie im Folgenden allgemeine Fragen zum Kind!

Welche Hobbys / Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?

Welche besonderen Fähigkeiten / Stärken hat Ihr Kind?

Welche belastenden Ereignisse gab es im bisherigen Entwicklungsverlauf?

5. Bitte füllen Sie im Folgenden Angaben zur Familie aus!

Name, Vorname der **Kindesmutter** (leibl. KM):

geb. am: _____ in: _____ Geburtsname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

höchster Schulabschluss: _____ erlernte Berufe: _____

jetzige Tätigkeit: _____ seit: _____

bedeutende Erkrankungen: _____

ggf. verstorben (Datum): _____ woran: _____

Name, Vorname des **Kindesvaters** (leibl. KV): _____

geb. am: _____ in: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

höchster Schulabschluss: _____

erlernte Berufe: _____

jetzige Tätigkeit: _____ seit: _____

bedeutende Erkrankungen: _____

ggf. verstorben (Datum): _____ woran: _____

Wer hat das **Sorgerecht**? Eltern Mutter Vater Vormund/andere
evtl. Name u. Tel. des Vormundes/andere Person:

Familienstand der Eltern

verheiratet zusammenlebend getrennt / geschieden wiederverheiratet
seit: _____

Weitere bedeutsame Ehen/Partnerschaften (von - bis): _____

Wird das Kind durch **andere Personen** als die leiblichen Eltern (Stief-, Groß-, Pflege- oder Adoptiveltern etc.) erzogen? (wenn ja, durch wen?)

Aktueller **Lebensort** des Kindes: Eltern Mutter Vater anderer

Wenn anderer Lebensort (z.B. Pflegefamilie, Heim) dann bitte weitere Angaben:

Name der Person/Einrichtung: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Frühere Lebensorte (mit Angabe von jeweiligen Zeiträumen): _____

Angaben zu den **Großeltern evtl. zu Ersatzgroßeltern:**

	väterlicherseits		mütterlicherseits	
	Großvater	Großmutter	Großvater	Großmutter
Geburtsdatum				
ggf. verstorben (wann/woran)				
Bedeutende Erkrankungen				
Bestehende Kontakte				

Angaben zu **Geschwistern, Halbgeschwister (HG), Stiefgeschwister (SG):**

Name, Vorname (ggf.: HG/SG)	Geburtsdatum (ggf. Sterbedatum)	Eltern	Kita Schule u. Klasse Arbeit	Besonderheiten (z.B. Stärken, Probleme, Erkrankungen)

Wie schätzen Sie die Beziehung unter den Geschwistern ein?

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen?

6. Bitte beschreiben Sie die aktuelle Wohnsituation!

Wohnen Sie mit Ihrem Kind im/in

eigenen Haus Reihenhaus Mietswohnung anders:

Anzahl der Zimmer: _____

Anzahl der dort lebenden Personen: _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

ggf.: Mit wem teilt sich Ihr Kind sein Zimmer? _____

7. Angaben zur medizinischen Anamnese

Gibt es weitere wichtige **körperliche Beschwerden**, die bisher noch nicht genannt wurden?
(Schlafprobleme, Essgewohnheiten / Appetit, Verdauung, Verletzungen, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, Krampfanfälle)

Gibt es **körperliche Beeinträchtigungen** (Hören, Sehen, Gehen etc.)?

Trägt Ihr Kind eine Brille, ein Hörgerät oder Prothesen?

Hatte Ihr Kind schon einen **Unfall**? Wenn ja, was passierte wann?

Wurde Ihr Kind schon einmal im **Krankenhaus** behandelt?

Krankenhaus	Von wem?	Bis wann?	Grund der Behandlung

Sind **Allergien** bekannt z. B. (Nahrungsmittel, Haustiere, Medikamente)?

Werden **Medikamente** eingenommen? Welche und in welcher Dosierung?

Konsumiert Ihr Kind:

Zigaretten? nein ja, wenn ja, wie viele am Tag?

Alkohol? χ nein χ ja, wenn ja, welche Menge in der Woche?

Drogen? χ nein χ ja, wenn ja, welcher Art und Häufigkeit?

Bei Mädchen: Wann war der Beginn der Regelblutung? Gibt es Beschwerden?

Benutzt Ihre Tochter Verhütungsmittel? Wenn ja, welche?

8. Nachdem Sie so ausführlich bisherige Fragen beantwortet haben, wollen wir Sie abschließend nach Ihren Behandlungszielen fragen.

Was erhoffen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis?

Was sollte nicht passieren? Welche Sorgen / Bedenken verknüpfen sich möglicherweise für Sie mit der Behandlung?

Welche wichtigen Ergänzungen gibt es aus Ihrer Sicht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!