

Anamnesebogen

Name des Kindes/Jugendlichen:

Datum:

Familie

Leibliche Eltern sind verheiratet seit:

geschieden/getrennt seit:

Patient/Patientin lebt bei:

- leiblichen Eltern
- alleinerziehende Mutter/Vater
- Mutter/Vater und Stiefelternteil
- Pflegeeltern/Adoptiveltern
- anderes:

Wer hat Sorgerecht?

- leibliche Eltern gemeinsam
- Mutter/Vater
- Pflegeeltern/Adoptiveltern
- Jugendamt/Vormund:
- ich bin erwachsen

Bei getrennt lebenden Eltern: wie oft bestehen Kontakte zu dem getrennt lebenden Elternteil?

Wer gehört zur Kern-Familie (Elternteile, Stief-Elternteile, Geschwister, Stief- und Halbgeschwister, hauptbetreuende Tante/Onkel/Oma/Opa) und wer davon lebt zusammen?

Erwachsene:

<u>Vor- und Zuname</u>	<u>Alter</u>	<u>Ausbildung</u>	<u>Tätigkeit</u>	<u>Arbeitszeiten</u>
------------------------	--------------	-------------------	------------------	----------------------

--	--	--	--	--

Kinder/ (Stief-/Halb-)Geschwister:

<u>Name</u>	<u>Alter</u>	<u>Klasse</u>	<u>Schulform</u>	<u>eigenes Zimmer?</u>
-------------	--------------	---------------	------------------	------------------------

--	--	--	--	--

Aktuell leben mit dem Patienten/der Patientin in einem Haushalt zusammen:

Gibt es Haustiere?

Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant? []

Gibt es Nennenswertes zum Thema „Kinderwunsch“? []

Gab es Erkrankungen oder Belastungen während der Schwangerschaft?

- Geburt:
- zum errechneten Termin
 - [] Tage nach dem errechneten Termin
 - [] Tage/Wochen vor dem errechneten Termin
 - eingeleitet
 - Saugglocke
 - Kaiserschnitt
 - Nabelschnurumschlingung/grünes Fruchtwasser/Zyanose (bläuliche Haut)
 - Kind musste beatmet werden, wie lange? []
 - Ikterus (Gelbsucht), wie lange? []
 - anderes: []
 - Apgar-Wert: [] / [] / []

Entlassung aus dem Krankenhaus: nach [] Tagen/Wochen

Säuglingszeit

Wurde gestillt?

ja: wie lange? []

nein: gab es Gründe? []

Was war Ihr Kind für ein Säugling?

- ruhig
- lebhaft
- sehr viel geschrien
- häufige Koliken
- anderes: []

Schlaf des Säuglings:

- normal
- Probleme: []
- schwierig bis zum Alter: []
- schläft bis heute im Bett der Eltern: wie oft? []

Mochte Ihr Kind Körperkontakt?

- normal (suchte Trost bei den Eltern, kuschelte gerne etc.)
- Auffälligkeiten: []

Mein Kind hat typisches Säuglings-Lächeln gezeigt: ja nein

Wie alt war Ihr Kind, als es begann zu Laufen? [] Monate

Wie alt war Ihr Kind, als es begann erste Worte zu Sprechen? [] Monate

Kleinkindzeit

Wann brauchte Ihr Kind keine Windel mehr? Wann war Ihr Kind sauber?

▶ tagsüber im Alter von []

▶ nachts im Alter von []

Hatte Ihr Kind ein Trotzalter/eine Trotzphase (üblicherweise zwischen 2 ½ und 5 Jahren)?

Mein Kind war im Kindergarten: ja, im Alter von []
 nein
 anderes: []

Konnte sich Ihr Kind gut von Ihnen trennen? []

Hat Ihr Kind normal Kontakt zu den ErzieherInnen und anderen Kindern aufgenommen oder gab es Probleme? []

Hat Ihr Kind gerne im Kindergartenalter gemalt?
[]

Hat Ihr Kind gerne im Kindergartenalter gebastelt?
[]

War Ihr Kind im Kindergarten im Stuhlkreis auffällig?
[]

Gab es Einbrüche und Rückschritte in den ersten Lebensjahren bis zur Einschulung?
[]

(Grund-)Schulzeit

Mein Kind wurde mit [] Jahren eingeschult.

Es hat sich auf die Schule gefreut ja nein

Gab es im Verlauf der Grundschulzeit Schwierigkeiten?
[]

Aktuelle schulische Situation

Aktuelle Klasse: [] Schule: []

Schuljahr wiederholt: []

Schulwechsel (welche Schulen/wann/Klasse?)
[]

Anzahl der Mitschüler in der Klasse: []

Name des Klassenlehrers/der Klassenlehrerin: []

Ganztagsunterricht/Betreuung/OGS/wie lange Schule? []

Sozialverhalten/Kontakte in der Schule:

- alleine/eher einzeln
- wird geärgert
- Angst vor Mitschülern
- ärgert andere
- hat einige Freunde
- hat viele Freunde, ist beliebt
- steht gerne im Mittelpunkt, dominant, Klassen-Clown
- respektlos gegenüber Lehrern, verweigert sich oder missachtet Regeln
- anderes: []

Notenschnitt/letztes Zeugnis: _____

Mündliche Mitarbeit:

- engagiert
- nur auf Aufforderung des Lehrers/der Lehrerin
- still/ängstlich
- passt nicht auf/träumt/hört nicht zu
- wechselnd, nach Lustprinzip
- Anmerkungen: _____

Lieblingsfächer: _____

„Hassfächer“: _____

Wie lange braucht er/sie durchschnittlich für die Hausaufgaben? Macht er/sie diese selbständig? Fängt er/sie alleine an? Muss jemand daneben sitzen und anleiten? Macht er/sie sie vollständig?

Nachhilfe in den Fächern: _____

Freizeit/Zuhause

Hobbys, Lieblingsbeschäftigungen, Vereine des Kindes/Jugendlichen: _____

Wie oft verabredet sich Ihr Sohn/Ihre Tochter? _____

TV/Playstation/Nintendo/Laptop usw.: _____ Stunden pro Tag; internetfähiges Handy

Taschengeld: _____ pro Woche/pro Monat

Wofür wird dieses Geld ausgegeben? _____

Gibt es Probleme/Streitpunkte hinsichtlich Körperhygiene? _____

Ist er/sie zuverlässig, können Sie sich auf ihn/sie verlassen? _____

Hält er/sie sich an Regeln/Vereinbarungen/Absprachen? _____

Ist er/sie pünktlich? _____

Mein Sohn/Meine Tochter hat Aufgaben zu Hause: _____

- regelmäßig zu erledigen
- nur auf Nachfrage/Bitten
- hilft selbstständig, übernimmt von sich aus Tätigkeiten
- erledigt Aufgaben nur widerwillig
- erledigt Aufgaben unzuverlässig oder gar nicht

Vorgeschichte

Bei einer Tochter: hat sie bereits ihre Menarche, bzw. ab welchem Alter? _____ Jahre

Mir ist/sind Alkohol-/Cannabis-/Drogen-Gebrauch meines Sohnes/meiner Tochter bekannt (Art und Häufigkeit): _____

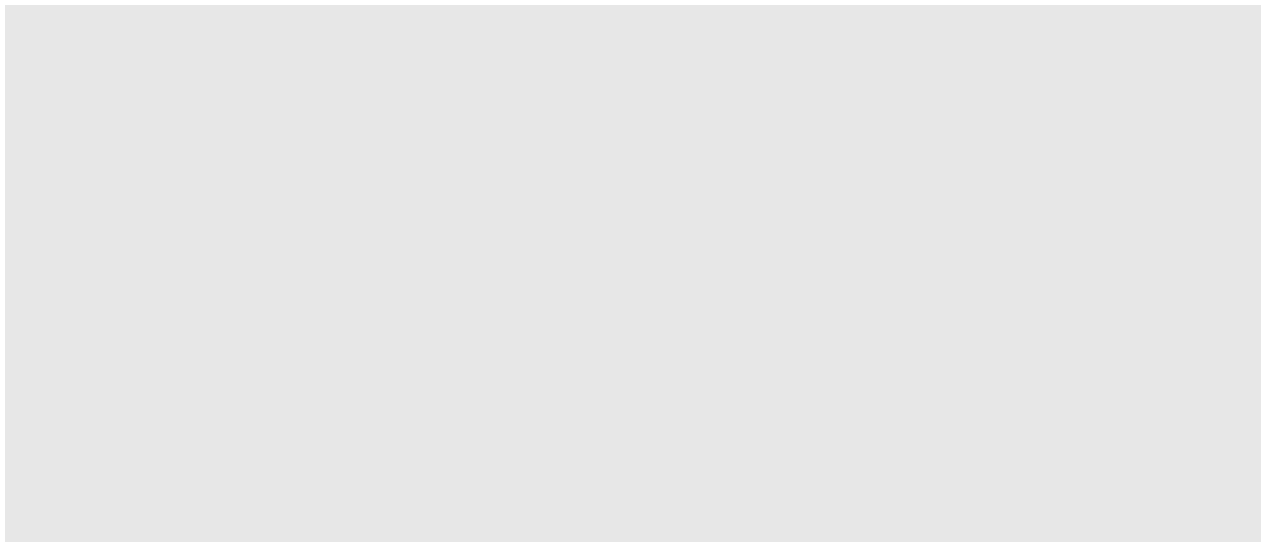
Mein Sohn/Meine Tochter hat sich schon mal vorsätzlich selbst verletzt oder Schaden zugefügt (Art, Häufigkeit, Zeitraum): _____

Mein Sohn/Meine Tochter hat schon mal geäußert, nicht mehr leben zu wollen oder einen Suizidversuch unternommen: _____

Krankheiten und Behandlungen:

(Asthma, Allergien, Neurodermitis, Erkrankungen, Knochenbrüche/schwere Verletzungen, Operationen, psychische Probleme, Rechen-/Lese-Rechtschreibschwäche, Ergo- oder Logopädie, Hilfen durch Beratungsstelle/Jugendamt/ Schulpsychologen/Neurologe/Psychiater, usw.)

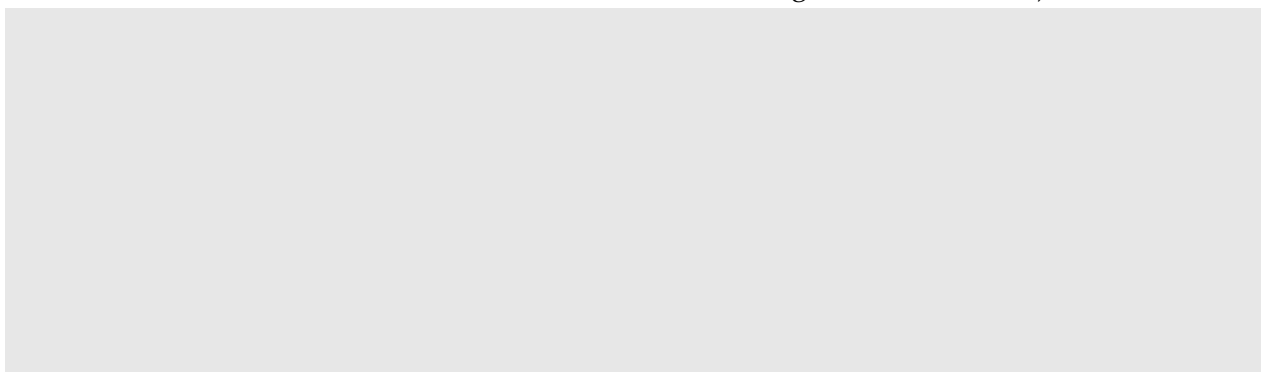
Datum/Zeitraum was? gegebenenfalls wie/durch wen behandelt?



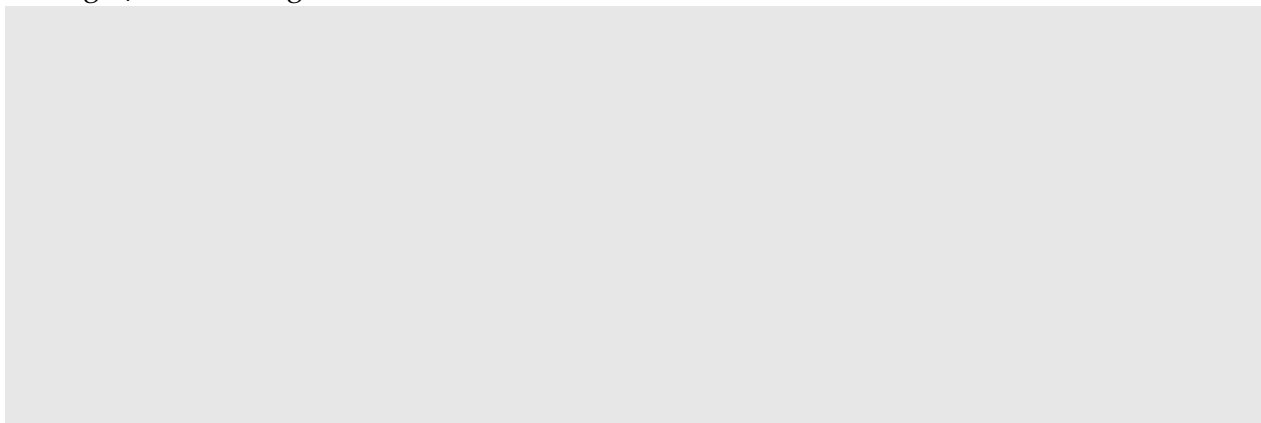
Bedingungen/ Aspekte, die Einfluss auf den Patienten/die Patientin haben könnten:

(familiäre Belastungen, Erkrankungen von Familienmitgliedern, psychische Probleme bei Familienmitgliedern, Geldsorgen, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus oder hoher Alkoholkonsum, Süchte, Gewalt, einschneidende Erlebnisse und Vorfälle, Umzug, Verluste, Todesfälle usw.

- zudem: kennen Sie die Auffälligkeiten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter aus Ihrer eigenen Kindheit oder sind ähnliche Probleme oder Parallelen bei Familienmitgliedern bekannt??)



Sonstiges/ Anmerkungen:



Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

