

# Anamnesebogen (Fragebogen zur Vorgeschichte)

**Liebe Eltern,**

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung Ihres Kindes zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist nur für mich als Informationshilfe gedacht und wird, für Dritte nicht zugänglich, in der Patientenakte verwahrt.

## 1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -Ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

## 2. Angaben zur leiblichen Mutter

Informationen vor.

Es liegen keine

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

## 3. Angaben zum leiblichen Vater

Informationen vor.

Es liegen keine

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

#### 4. Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

#### 5. Angaben zum Partner der Mutter

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

#### 6. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Informationen vor.

Es liegen keine

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?


**7. Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?**

- Eltern
  Arzt
  Kindergarten  
 Hort/Tagesgruppe
  Schule
  Beratungsstelle  
 Jugendamt
  Sonstige \_\_\_\_\_  
 (Wer?)

**8. Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?**

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**9. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?**

Jahre

## 14. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

Es liegen keine Information

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter	<input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt
<input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab	<input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden	<input type="checkbox"/> eifersüchtig
<input type="checkbox"/> oft krank	<input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative	<input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich
<input type="checkbox"/> trotzig	<input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen	_____ (welche?)

## 15. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten?	_____ Jahre	
Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
		_____ (welchen?)
Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Gab es im Kindergarten Probleme?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
		_____ (welche?)
_____		

### 10. Wie verlief die Schwangerschaft?

Informationen vor.

Es liegen keine

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme?	
<hr/>		

### 11. Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

Informationen vor.

Es liegen keine

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus _____ (welches?)	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zu spät
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?
<hr/>		
Fragen zum Neugeborenen: (welche?)		
Gewicht: _____ Gramm	Länge: _____ cm	
Kopfumfang: _____ cm	Apgar-Werte _____ / _____ / _____	
Wurde Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ Wie wurde Ihr Kind behandelt?	

### 12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Informationen vor.

Es liegen keine

frei sitzen mit: _____ Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____ Monaten
frei laufen mit: _____ Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: _____ Monaten
erste Worte mit: _____ Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: _____ Monaten
Besonderheiten: _____ (welche?)	

### 13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Informationen vor.

Es liegen keine

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Krabbelstube
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)	<input type="checkbox"/> andere Personen	_____ (welche?)

## 16. Fragen zum Schulalter

Informationen vor.

Es liegen keine

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?		<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> ein Elternteil	<input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/> Tagesmutter
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> versorgt sich selbständig
Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?		Einschulungsjahr-Grundschule: _____
<input type="checkbox"/> normaler Verlauf	<input type="checkbox"/> Vorklasse besucht	<input type="checkbox"/> verspätete Einschulung
<input type="checkbox"/> Wiederholung einer Klasse	_____ (welche?)	<input type="checkbox"/> Wechsel auf eine Sonderschule
<input type="checkbox"/> häufige Schulwechsel		
Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?		<input type="checkbox"/> entfällt, da noch nicht schulpflichtig
Name der Schule: _____		Klasse: _____
Name der Klassenlehrerin: _____		
Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?		
<input type="checkbox"/> kein Schulabschluss	<input type="checkbox"/> Sonderschulabschluss	<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss
<input type="checkbox"/> Realschulabschluss	<input type="checkbox"/> Fachhochschulreife	<input type="checkbox"/> Abitur
Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?		
_____		
Spielt Ihr Kind lieber: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit anderen Kindern <input type="checkbox"/> mit Erwachsenem		
Mein Kind besucht in der Freizeit einen:		
<input type="checkbox"/> Sportverein	<input type="checkbox"/> Musikgruppe	<input type="checkbox"/> Spielgruppe
<input type="checkbox"/> Jugendgruppe	<input type="checkbox"/> Spielpark/Jugendzentrum	<input type="checkbox"/> anderes: _____ (was?)
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	_____ (welche Fächer?)

## 18. Wo wurde Ihr Kind bereits vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr

## 21. Positive Eigenschaften des Kindes

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?  
Über welche Entwicklungsschritte freuten/freuen Sie sich besonders?  
Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

---

---

---

---

---

## 22. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter  Vater

Verwandter \_\_\_\_\_ (wer?)  andere Person \_\_\_\_\_ (wer?)

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

Unterschrift

