



ANAMNESEBOGEN

Kind / Jugendliche(r)

Name: _____ Vorname(n): _____

Lebenssituation

Situation der Eltern (Pflege-, Stief- oder Adoptiveltern)

leben zusammen getrennt seit _____ geschieden seit _____

Wer ist sorgeberechtigt?

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Bei getrenntlebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnummer des anderen sorgeberechtigten Elternteils: _____

Mutter ist alleine sorgeberechtigt

Vater ist alleine sorgeberechtigt

Vormund / Adoptiveltern haben das Sorgerecht - Name, Adresse, Telefonnummer: _____

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei einem Elternteil / Vormund – Name, Adresse, Telefonnummer:

Nur das Gesundheitsrecht liegt bei einem Elternteil / Vormund – Name, Adresse, Telefonnummer:



Familienanamnese

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Aktuelle Tätigkeit		

Besonderheiten in der Familie:

Geschwister (Name, Alter; ggf. Stief- oder Halbgeschwister; im gleichen/anderen Haushalt lebend?):

Wer betreut das Kind während der Arbeitstätigkeit der Eltern?

Sonstige Bezugspersonen:

Intrafamiliäre Kommunikation / Atmosphäre (Konflikte etc.): _____

Familiäre Belastungen (psychische Erkrankungen, soziale Not, Verluste / Traumata etc.): _____

Bei getrenntlebenden Eltern: Regelung Besuchskontakte _____



Aktuelle Lebenssituation

Wer wohnt im Haushalt? _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? _____

Finanzielle Situation: _____

Familiäre Unterstützung: _____

Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war dieses Kind? _____

Schwangerschaftsverlauf (ggf. medizinische und/oder soziale Komplikationen):

Zigarettenkonsum pro Tag während der Schwangerschaft:

Keinen 1-5 6-10 11-15 16-20 mehr

Drogenkonsum während der Schwangerschaft:

Keinen ja, und zwar _____

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft:

Keinen nur bei festlichen Anlässen regelmäßig kleine Mengen sonstiges _____

Geburt

zum errechneten Termin Abweichung vom errechneten Termin _____ (Tage)

Spontangeburt Kaiserschnitt Saugglocke

Geburtsparameter:

Geburtsgewicht _____ Körperlänge _____ Kopfumfang _____

APGAR-Werte _____

Gab es Komplikationen bei der Geburt?

Nein Ja (bitte beschreiben): _____



Alter der Kindsmutter bei der Geburt: _____ (Jahre alt).

Säuglingsphase

Gab es in der Säuglingsphase Auffälligkeiten / Schwierigkeiten (bspw. exzessives Schreien / Fütterstörung etc.)? Bitte beschreiben: _____

Psychisches Befinden der Kindsmutter (bspw. Unsicherheiten etc.) _____

Wer betreute das Baby hauptsächlich? _____

Gab es noch andere Bezugspersonen? _____ (wer)

Meilensteine der Entwicklung

Krabbeln: _____ (Monate); Auffälligkeiten? _____

Freies Laufen: _____ (Monate); Auffälligkeiten? _____

Erste Worte: _____ (Monate); Bilingualität? ja nein ; Auffälligkeiten? _____

Sauberkeitserziehung: trocken / sauber tags _____ (Alter); trocken / sauber nachts _____ (Alter)

Kindergarten

Eintritt: _____ (Alter)

Wie verlief die Eingewöhnung? _____

Gab es im Verlauf Verhaltensauffälligkeiten (unruhig, ängstlich, soziale Schwierigkeiten etc.)? _____



Wechsel / Grund: _____

Besonderheiten (z.B. Integrationsmaßnahme): _____

Schule

Einschulung im Jahr: _____ im Alter von: _____; Klassenwiederholung: _____

Klassen- / Schulwechsel: _____ Grund: _____

Aktueller Schulbesuch (Schulform / Klasse): _____

Die Schulleistungen sind:

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben? ja nein

Hat Ihr Kind Lernschwierigkeiten? ja nein

Schulabschluss _____

Sozialanamnese

Hat Ihr Kind Freunde? _____ Anzahl: _____

Seit wann: _____ Qualität der Freundschaften: _____

Gibt es Besonderheiten im Kontext Gleichaltriger (bspw. Konflikte, Isolation, Mobbing, wechselhafte Beziehungen etc.)?

Beziehungsgestaltung mit Erwachsenen / Autoritätspersonen (Eltern / Lehrer etc.):

Welche Interessen / Hobbys hat Ihr Kind?

Welche Stärken hat Ihr Kind? _____



Welche Schwächen weist Ihr Kind auf? _____

Wie viele Stunden „konsumiert“ Ihr Kind Medien, wie bspw. TV, Handy / Smartphone, Internet, Tablet, Spielkonsolen?

An Schultagen: _____

An schulfreien Tagen: _____

Gesundheitsanamnese

Erkrankungen - mit Datum (chronische Krankheiten, Operationen - ggf. Komplikationen, Unfälle, Allergien):

Wurde / wird Ihr Kind medikamentös behandelt (Name des Präparates, wegen was? Seit wann? Wirkung / Nebenwirkung)?

Erkrankungen in der Familie

Bisherige Untersuchungen, Hilfen und Therapien (was, wann, Grund, bei wem):

Welche Therapieziele haben Sie?

Welche Therapieziele hat Ihr Kind?
