

## Anamnesebogen

Bitte füllen Sie den Fragebogen gut leserlich und vollständig aus. Falls der Platz nicht ausreichen sollte, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt Papier.

Offene Fragen werden wir im gemeinsamen Gespräch klären.

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt von:  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

### I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Vor- und Nachname des Kindes/Jugendlichen:		
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers		
Geburtsdatum:		
Anschrift:		
Mobilnummer:	E-Mail:	
Krankenversicherung:	Versichertennummer:	
Versichert über	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
	<input type="checkbox"/> Selbst versichert	
Behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin (Name, Ort):  		
Kind lebt bei/in	<input type="checkbox"/> Leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern
	<input type="checkbox"/> Leiblicher Mutter	<input type="checkbox"/> Wohngruppe
	<input type="checkbox"/> Leiblichem Vater	<input type="checkbox"/> Adoptiveltern
	<input type="checkbox"/> Andere: _____	
Aktuelle Schule (Name, Ort): Klasse/Stufe: Name der KlassenlehrerInnen:		

## II. Angaben zu den Eltern

### 1. Mutter

<input type="checkbox"/> Leibliche Mutter	<input type="checkbox"/> Adoptivmutter	<input type="checkbox"/> Pflegemutter	<input type="checkbox"/> Stiefmutter
Vor- und Nachname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift (falls abweichend vom Kind):			
Mobilnummer:	E-Mail:		
Beruf:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> erwerbslos <input type="checkbox"/> Hausfrau		
Erkrankungen (psychisch/körperlich):			

### 2. Vater

<input type="checkbox"/> Leiblicher Vater	<input type="checkbox"/> Adoptivvater	<input type="checkbox"/> Pflegevater	<input type="checkbox"/> Stiefvater
Vor- und Nachname:			
Geburtsdatum:			
Anschrift (falls abweichend vom Kind):			
Mobilnummer:	E-Mail:		
Beruf:	<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit <input type="checkbox"/> erwerbslos <input type="checkbox"/> Hausmann		
Erkrankungen (psychisch/körperlich):			

Eltern leben:	<input type="checkbox"/> zusammen	<input type="checkbox"/> getrennt/geschieden
Sorgerecht:	<input type="checkbox"/> Gemeinsames Sorgerecht	
	<input type="checkbox"/> Alleiniges Sorgerecht (wer?): _____	

**III. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen** (falls zutreffend bitte ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Wohngruppe	<input type="checkbox"/> Jugendamt	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Vor- und Nachname:			
Anschrift:			
Mobilnummer:	E-Mail:		
Vertretungsberechtigt seit:			

**IV. Angaben zu Geschwistern (G), Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)** (Geben Sie hinter dem Namen bitte jeweils den Verwandtschaftsgrad G, HG oder SG an):

Vor- und Nachname	Geburtsdatum	Körperliche/psychische Probleme	Lebt mit im Haushalt?
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

**V. Entwicklungsgeschichte des Kindes**

**1. Geburt** (siehe ggf. Mutterpass)

Geplante Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Kinderwunschbehandlung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwangerschaftskomplikationen/Stressoren während der Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/> Nein  <input type="checkbox"/> Ja: _____ _____
Geburtsgewicht:	
Schwangerschaftswoche bei Geburt:	

Geburtsmodus:	<input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Zangengeburt <input type="checkbox"/> Vakuumextraktion <input type="checkbox"/> Geplanter Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Not-Kaiserschnitt
Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, beim Kind: _____  <input type="checkbox"/> Ja, bei der Mutter: _____

## 2. Entwicklung im Kleinkindalter (siehe ggf. U-Heft)

Meilensteine der Entwicklung:	Laufen mit _____ Monaten Sprechen mit _____ Monaten Tags trocken mit _____ Monaten Nachts trocken mit _____ Monaten
Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____  <input type="checkbox"/> _____  <input type="checkbox"/> _____

## 3. Vorschulische und schulische Entwicklung

Besuch Krippe:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Alter von: _____
Besuch Kindergarten:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, im Alter von: _____
Besonderheiten/Schwierigkeiten in Krippe oder Kindergarten:    	

Alter bei Einschulung:	
Schule/Schulart:	
Schulwechsel:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____  _____
Klassenwiederholung:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Klasse(n): _____
Schulische Probleme:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____  _____
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____

#### 4. Schwerwiegende Ereignisse

Schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Unfälle, Arbeitsplatzverluste) in der Familie/im familiären Umfeld?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____  _____
---	--

#### VI. Körperliche Gesundheit

Körperliche Vorerkrankungen des Kindes:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: _____  _____
---	--

**VII. Vorbehandlungen** (bitte den Zeitraum und den Grund für die Behandlung angeben)

(Bitte bringen Sie Vorbefunde zum Erstgespräch mit!)

Logopädie: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: \_\_\_\_\_

Ambulante Psychotherapie: \_\_\_\_\_

Teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen:

\_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Medikamente:     Nein     Ja

Name und Dosierung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VIII. Ressourcen/Stärken**

Fähigkeiten/Stärken/Begabungen des Kindes/ Jugendlichen	
Lieblingsbeschäftigungen und Hobbies des Kindes/Jugendlichen	

**Wir danken Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens!**