

Anamnesefragebogen

Liebe Eltern/Bezugspersonen,
liebe/r Patient/in,

dieser sehr ausführliche Fragebogen kann und soll das persönliche Gespräch mit dem Arzt oder Psychologen selbstverständlich auf keinen Fall ersetzen – er hilft uns aber außerordentlich, die für eine kompetente Beratung und Behandlung wichtigen Informationen im Vorfeld systematisch zu erheben und uns auf den Vorstellungstermin vorzubereiten. Wir bitten Sie, alle Fragen möglichst gewissenhaft und sorgfältig zu beantworten. Bei Auswahlfragen mit mehreren Antwortoptionen zutreffendes bitte unterstreichen. Sollten Sie Fragen nicht beantworten können, bietet sich im Gespräch die Möglichkeit, dies nachzuholen. Ihre Angaben werden selbstverständlich absolut vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Patient/in:

Familienname:..... Vorname:Geburtsdatum:/...../.....

1 Vorstellungsgrund (stichwortartig):

.....

2 Entwicklungsanamnese (Angaben zum Kind)

▪ Schwangerschaft:

Wie alt war die Mutter bei der Geburt des Kindes, das Sie angemeldet haben? __ Jahre

Gab es Erkrankungen und/oder Risikofaktoren während der Schwangerschaft? Ja / Nein

(z.B. Blutungen, vorzeitige Wehen, Röteln, Toxoplasmose oder andere Infektionen, Unfälle, erhöhter Blutdruck, vorzeitiger Blasensprung) Wenn ja, welche in welchem Monat? __Monat

Gingen der Schwangerschaft eine oder mehrere Schwangerschaften voraus, die entweder
abgebrochen wurden oder mit einer Fehlgeburt endeten (bitte ankreuzen)? Ja / Nein

Gab es während der Schwangerschaft erhebliche psychische Belastungen? Nein / Ja,
und zwar: _____

War Ihr Kind ein „Wunschkind“ (war die Schwangerschaft geplant)? Ja / Nein

Resultierte die Schwangerschaft aus einer assistierten Befruchtung?
(z.B. Insemination, In-vitro-Fertilisation) Ja / Nein

Haben Sie während der Schwangerschaft *Genussmittel* oder Drogen zu sich genommen?

Alkohol: Ja / Nein Nikotin: Ja / Nein Drogen: Ja / Nein

Wenn ja, wie viel Alkohol, Nikotin, Drogen?

Haben Sie während der Schwangerschaft *Medikamente* eingenommen? Ja / Nein

Wenn ja, welche Medikamente in welchem Monat? __Monat

▪ **Geburt / Säuglingsalter:**

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? Woche

Gab es *Komplikationen bei der Geburt* Ihres Kindes? Ja / Nein

Wenn ja, welche der folgenden Komplikationen lagen bei der Geburt vor?

Kaiserschnitt: Ja / Nein Zangengeburt: Ja / Nein Saugglocke: Ja / Nein

sonstige, und zwar: _____

Wie haben Sie subjektiv die Geburt erlebt? _____

Das Geburtsgewicht betrug	<u> </u> g	} siehe auch (gelbes) Vorsorgeuntersuchungsheft
Ihr Kind war	<u> </u> cm groß	
Der Kopfumfang betrug	<u> </u> cm	
Die APGAR-Werte betragen	<u> </u>	

Komplikationen nach der Geburt:

Sauerstoffmangel? Ja / Nein Beatmung notwendig? Ja / Nein

Gelbsucht? Ja / Nein Wurde eine Lichttherapie durchgeführt? Ja / Nein

Inkubator (Brutkasten)? Ja / Nein Krämpfe? Ja / Nein

Infektion nach Geburt? Nein / Ja, folgende: _____

Litten Sie in der Zeit nach der Geburt an einer psychischen Erkrankung? Nein / Ja,

und zwar: _____

War Ihr Kind ein „Schreibaby“? Ja / Nein

Gab es während der Säuglingszeit (im 1. Lebensjahr) irgendetwas bei Ihrem Kind, wegen dem Sie sich besonders viel Sorgen gemacht haben? Nein / Ja,

und zwar: _____

Wurde das Kind gestillt und – wenn ja – wie lange? Nein / Ja, insgesamt Monate

Besonderheiten: Trinkschwäche? Nein / Ja

▪ **Kleinkindalter / Meilensteinentwicklung:**

Ihr Kind konnte *allein gehen* mit Monaten

Ihr Kind sprach die *ersten Worte* mit Monaten

Ihr Kind sprach die *ersten Zweiwortsätze* mit Monaten

Ihr Kind hat *nicht mehr eingenässt*: a) *tagsüber* mit Monaten, b) *nachts* mit Monaten

Ihr Kind hat *nicht mehr eingekotet* mit Monaten

Wie war das Verhalten Ihres Kindes im Kleinkindalter? (bitte kurz beschreiben)

▪ **Kindergartenalter:**

Besuchte / besucht Ihr Kind eine KiTa? Nein / Ja, seit (Alter):

Fand ein Wechsel der KiTa statt? Nein / Ja, mit (Alter):

Gab / gibt es Schwierigkeiten beim Besuch des Kindergartens? Ja / Nein

(z.B. Trennungsangst, starker Bewegungsdrang, Kontaktstörung, aggressives Verhalten)

Wenn ja, welche? _____

Gab / gibt es besondere Auffälligkeiten (z.B. Daumenlutschen, Nägelknabbern)? Nein / Ja,

folgende: _____

▪ **Schulalter / Schullaufbahn:**

Die Einschulung erfolgte *vorzeitig / zeitgerecht / zurückgestellt* in die Regelschule? *Ja / Nein*
Ihr Kind besucht aktuell die ___ Klasse der (Name, Art und Adresse der Schule:)

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? *Ja / Nein*

Wenn ja, welche Klasse(n) wurde(n) wiederholt? _____

Hat Ihr Kind ein- oder mehrmals die Schule gewechselt? *Ja / Nein*

Wenn ja, wann erfolgte(n) der/die Schulwechsel? _____

Wie sind im Durchschnitt die schulischen Leistungen Ihres Kindes? (Bitte unterstreichen)
sehr gut / gut / befriedigend / ausreichend / mangelhaft

Gab / gibt es Schwierigkeiten beim Schulbesuch bzw. während dieser Lebensphase? *Ja / Nein*
Wenn ja, welche? _____

(z.B. Aggressionen, Kontaktprobleme / Außenseiterposition, Konzentration, Bewegungsdrang, Schulverweigerung/Schulangst, bereits diagnostizierte Teilleistungsstörung, z.B. Legasthenie)

▪ **Krankheiten / Klinikaufenthalte:**

Welche *Kinderkrankheiten* traten auf? (zutreffendes bitte unterstreichen)

Masern / Mumps / Keuchhusten / Scharlach / Diphtherie / Windpocken / Röteln / Varizellen

Ist Ihr Kind vollständig *geimpft*? (bitte Impfpass mitbringen) *Ja / Nein*

Sind bei Ihrem Kind *Allergien* bekannt? *Nein / Ja, gegen:* _____

Welche *schweren oder chronischen Erkrankungen oder Unfälle* hatte bzw. hat Ihr Kind?

Waren *Operationen / Klinikaufenthalte* bei dem Kind erforderlich? (ggf. Rückseite benutzen)

Nein / Ja, folgende: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig *Medikamente* ein? *Nein / Ja, folgende:* _____

▪ **Pubertät / Sexualanamnese:**

Ist Ihr Kind altersgemäß aufgeklärt? *Ja / Nein* Gab es Besonderheiten in der Pubertät?

Nein / Ja, folgende: _____

Bei Mädchen: Hat die erste *Regelblutung* bereits stattgefunden? *Nein / Ja,*

erstmalig mit (Alter): ___ Jahren ggf. Ausbleiben der Regel seit: _____

Weitere Fragen zum Thema Sexualität ggf. im Gespräch (bei jugendlichen Patienten/innen).

▪ **Freizeitverhalten / soziale Kontakte:**

Ist Ihr Kind eher (Bitte zutreffendes unterstreichen):

mit wenigen / durchschnittlich vielen / vielen Kindern befreundet?

Wieviel Zeit verbringt ihr Kind ca. pro Tag mit Medien? _____

Welche Medien nutzt ihr Kind? _____

Wozu nutzt ihr Kind Medien? _____

Hobbys / Freizeitaktivitäten / (Sport-) Vereine (welche?): _____

3 Familienanamnese (Angaben zur Familie)

▪ Elternschaft / Sorgerecht:

Sind Sie *leibliche* Eltern / leibliche Mutter und Stiefvater / leiblicher Vater und Stiefmutter / *Adoptiveltern* / *Pflegeeltern* / *andere* Bezugspersonen?

Sie leben in *keiner* Partnerschaft / *harmonischer* Partnerschaft / *konfliktreicher* Partnerschaft?

Sind Sie *verheiratet* / *getrennt lebend* / *geschieden* / *wiederverheiratet* / *verwitwet*?

Wenn ja, seit wann? _____

Wo lebt das Kind (Lebensmittelpunkt)? _____

Gibt es *Besuchskontakte/-regelung* (bei getrennt lebendem Elternteil)? Ja / Nein

Wenn ja, wie sehen diese aus? _____

Wer hat das *Sorgerecht* für das Kind (Mutter/ Vater/ gemeinsames Sorgerecht/ Adoptivstatus)?

Anderweitige Sorgerechtsregelungen (z.B. Gesundheitsorge beim Jugendamt)? Ja / Nein

▪ Mutter

(auch Adoptiv- , Pflege- oder Stiefmutter – zutreffendes bitte ankreuzen):

Name / Vorname der Mutter: _____ geb.:/...../.....

Nationalität: _____ Falls nach Deutschland immigriert, wann? _____

Alter der Mutter: _____ Schulabschluss der Mutter: _____

Ausbildung(en) der Mutter: _____

derzeitige Tätigkeit der Mutter: _____ (Vollzeit / Teilzeit / Schichtdienst?)

Lebt die Mutter in einer neuen Partnerschaft? Ja / Nein

Leben die *Großeltern mütterlicherseits* (zutreffendes bitte unterstreichen)? beide leben / Großmutter lebt, Großvater verstorben / Großvater lebt, Großmutter verstorben / unbekannt

Anzahl der *Geschwister der Mutter*:

Gab / gibt es psychische Erkrankungen der (leiblichen) *Mutter* und / oder in deren *Familie*?

Wenn ja, welche (und bei wem)? (auch Alkohol- / Suchtprobleme, Selbsttötungsversuche)

Gab / gibt es schwere körperliche Erkrankungen (auch Minderbegabung) der (leiblichen) *Mutter* und / oder in der *Familie mütterlicherseits*?

Wenn ja, welche (und bei wem)? _____

▪ Vater

(auch Adoptiv- , Pflege- oder Stiefvater – zutreffendes bitte ankreuzen):

Name / Vorname des Vaters: _____ geb.:/...../.....

Nationalität: _____ Falls nach Deutschland immigriert, wann? _____

Alter des Vaters: _____ Schulabschluss des Vaters: _____

Ausbildung(en) des Vaters: _____

Derzeitige Tätigkeit des Vaters: _____ (Vollzeit / Teilzeit / Schichtdienst?)

Lebt der Vater in einer neuen Partnerschaft? Ja / Nein

Leben die *Großeltern väterlicherseits* (zutreffendes bitte unterstreichen)?: beide leben /
Großmutter lebt, Großvater verstorben / Großvater lebt, Großmutter verstorben / unbekannt

Anzahl der *Geschwister des Vaters*:

Gab / gibt es psychische Erkrankungen des (leiblichen) *Vaters* und/oder in dessen *Familie*?

Wenn ja, welche (und bei wem)? (auch Alkohol-/Suchtprobleme, Selbsttötungsversuche)

Gab / gibt es schwere körperliche Erkrankungen (auch Minderbegabung) des (leiblichen)
Vaters und / oder in der *Familie väterlicherseits*? Ja / Nein

Wenn ja, welche (und bei wem)? _____

▪ **Geschwister des vorgestellten Kindes**

(auch Halb- oder Stiefgeschwister – bitte entsprechend kennzeichnen):

Name: _____ (Halb~ / Stief~?) Alter: ___ KiGa / Schulklasse: ___ / Beruf: _____

Name: _____ (Halb~ / Stief~?) Alter: ___ KiGa / Schulklasse: ___ / Beruf: _____

Name: _____ (Halb~ / Stief~?) Alter: ___ KiGa / Schulklasse: ___ / Beruf: _____

Name: _____ (Halb~ / Stief~?) Alter: ___ KiGa / Schulklasse: ___ / Beruf: _____

Name: _____ (Halb~ / Stief~?) Alter: ___ KiGa / Schulklasse: ___ / Beruf: _____

Gab / gibt es *psychische* Erkrankungen der *Geschwister* des Kindes?

Wenn ja, welche (und bei welchem Kind)? _____

Gab / gibt es schwere *körperliche* Erkrankungen (auch Minderbegabung) der *Geschwister*?

Wenn ja, welche (und bei welchem Kind)? _____

▪ **Wohnsituation und finanzielle Verhältnisse:**

Sind Sie seit Geburt Ihres Kindes umgezogen? Ja / Nein, wie oft (und wann)? _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja / Nein, gemeinsames Zimmer mit: _____

Wie ist Ihre momentane ökonomische Situation? Der finanzielle Spielraum ist:
gut / ausreichend / knapp / äußerst schwierig

Gibt es etwas wichtiges, was wir vergessen haben, Sie aber für eventuell wichtig halten?

Auf der Rückseite finden Sie Platz für weitere Anmerkungen oder Informationen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!