



Anamnesebogen Kind/Jugendliche(r)

Praxisgemeinschaft „Im Fokus“
Bahnhofstraße 18
88048 Friedrichshafen (Kluftern)

Für eine ambulante Psychotherapie und dessen Beantragung bei der Krankenkasse benötigt es folgende Informationen. Aus diesem Grund bitten wir Sie, den folgenden Bogen auszufüllen und uns wieder zukommen zu lassen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Vor- und Nachname Kind/Jugendliche(r)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Telefonnummer(n)

E-Mail-Adresse

Allgemeine Informationen:

Psychotherapeutische Behandlung(en) in der Vergangenheit

ja

nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Bei wem? (Name, Anschrift)

Stationäre psychotherapeutische Behandlung(en) in der Vergangenheit

ja

nein

Wenn ja, in welchem Zeitraum?

In welcher Klinik? (Name, Anschrift)

Wie heißt der aktuelle Hausarzt oder Kinderarzt?

Name, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Angaben zu den Eltern:

Name der Mutter

Name des Vaters

Geburtsdatum der Mutter

Geburtsdatum des Vaters

Beruf der Mutter

Beruf des Vaters

Aktuell berufstätig ja nein

Aktuell berufstätig ja nein

Über wen ist das Kind versichert?

Mutter Vater selbst

Versicherungsnummer des Hauptversicherten

Geburtsdatum des Hauptversicherten

Sorgerecht:

beide Eltern Mutter Vater Sonstige

Bei wem lebt das Kind?

beide Eltern Mutter Vater Sonstige

Bei getrennten Eltern:

Wie häufig besteht Kontakt zum anderen Elternteil?

Angaben zu den Geschwistern

Name

Alter

Name

Alter

Name

Alter

Name

Alter

Leben noch weitere Personen im Haushalt? Wenn ja, wer?

Gab es bisher psychiatrische Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche und bei wem?

Gab es andere (chronische) Erkrankungen in der Familie? Wenn ja, welche und bei wem?

1. Vorstellungsanlass

Bitte benennen Sie nochmals in Stichworten, was Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen bereitet:

Ist das Problem plötzlich oder allmählich aufgetreten?

Gab es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Problems zusammenfielen?

In welchen Situationen zeigt sich das Problem verstärkt (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

In welchen Situationen tritt das Problem seltener oder gar nicht auf (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

2. Bisherige Lösungsversuche

Was haben Sie bisher versucht, um das Problem zu bewältigen?

→ In Ihrem Erziehungsverhalten:

→ Durch Hilfe anderer, welche Maßnahmen wurden von diesen Personen/Einrichtungen getroffen?:

Schule (Lehrer, Psychologen)

Beratungsstelle

Haus- oder Kinderarzt

Psychotherapeutische Praxis

Kinder- und Jugendpsychiater

Krankenhaus/Kinderklinik

Jugendamt

Andere Einrichtungen/Personen (Ergo-, Logo-, Physio-Therapie)

→ Nimmt ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten die oben genannten Maßnahmen Erfolg?

3. Vorgeschichte

Schwangerschaft/Geburt/Neugeborenen Zeit

Wie verlief die Schwangerschaft? Gab es Auffälligkeiten, wie z.B. schweres Erbrechen, vorzeitige Wehen, Alkohol, fieberhafte Erkrankungen, Medikamente, besonderer Stress, z. B. durch Trennungen?

Wie verlief die Geburt? normal Frühgeburt Spätgeburt

In welcher Schwangerschaftswoche? _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Komplikationen (z. B. Zangengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals):

War ihr Kind in den ersten 4 Lebenswochen auffällig blass oder blau, oder musste es stationär behandelt werden? Wenn ja: Bitte angeben wie lange Behandlung und ob Beatmung nötig:

Gab es sonst Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen bereiteten?

Körperliche und geistige Entwicklung

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle? nein ja (wenn ja, bitte Alter angeben)

Wie verlief die Entwicklung?

Freies Laufen mit: _____ Monaten

Erstes sinnvolles Wort mit: _____ Monaten

Erste kleine Sätze mit: _____ Monaten

Wann war Ihr Kind trocken? tags _____ nachts _____

Wann war Ihr Kind sauber? tags _____ nachts _____

Gab es erneutes Einnässen/Einkoten im späteren Verlauf? nein ja _____

Welche Kinderkrankheiten sind bekannt?

Gibt es sonstige Erkrankungen?

Sind Allergien bekannt, wenn ja welche?

Hat ihr Kind folgende körperliche oder geistige Schwächen? Wenn ja, seit wann?

Sehschwäche Brille seit: _____

Hörschaden seit: _____

Sprachstörungen seit: _____

Bewegungsstörungen seit: _____

geistige Schwächen seit: _____

andere Schwächen _____

Kindergarten

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten? ja vom ___ bis ___ Lebensjahr nein

Gab es dort Probleme? nein ja, welche? (z. B. Trennung, Probleme mit anderen Kindern etc.)

Schulzeit

Gegenwärtig besucht mein Kind die

___ Klasse einer _____ (bitte Schulart angeben)

Schullaufbahn normaler Verlauf

verspätete Einschulung (Zurückstellung) wegen: _____

Wiederholung der Klasse _____

Überspringen der Klasse _____

Schulwechsel im Jahre _____

zeitweise keine Schule besucht

von _____ bis _____ wegen _____

Besucht Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung? ja, seit welcher Klasse? _____ nein

Wie ist die soziale Integration in der Schule?

Regelmäßigkeit der Schulbesuche:

regelmäßig verspätet sich oft schwänzt häufig fehlt oft, wegen:

Hausaufgaben: Durchschnittliche Zeit? _____

Allein oder mit Hilfe? _____

Probleme? _____

Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor? ja nein

Wird eine Berufsvorbereitende Maßnahme/Berufsausbildung/Studium absolviert? ja nein

Wenn ja, welche(s)?

Medienkonsum (Fernsehen, Internet, Computer, Tablet, Handy, Spielekonsolen und alle anderen elektronischen Medien) Wie viele Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

_____ Stunden pro Tag an Schultagen _____ Stunden pro Tag an schulfreien Tagen

Konsum von Suchtmitteln

Raucht Ihr Kind Zigaretten? nein ja, seit wann? _____

Wie viele pro Tag _____

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol? nein ja, seit wann? _____

Wie viel pro Tag? _____

Wurden in der Vergangenheit andere Drogen außer Nikotin oder Alkohol ausprobiert oder konsumiert?

nein ja, seit wann? _____ welche/wie viel pro Tag? _____

Erziehung

Von wem wurde das Kind bisher vorwiegend erzogen?

Mutter Vater beide Eltern Großeltern von _____

Welche anderen Personen üben Einfluss auf die Erziehung aus?

Wie belohnen Sie Ihr Kind im Allgemeinen?

Wie bestrafen Sie Ihr Kind im Allgemeinen?

Hat das Kind regelmäßige Pflichten? Wenn ja, welche?

Beziehung zu anderen

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern?

Zum Vater:

Zur Mutter:

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern?

Gibt es sonstige Probleme in den Beziehungen zu anderen Personen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!