

## Anamnesebogen

Um die Auffälligkeiten, die Sie bei Ihrem Kind festgestellt haben, abklären zu können, ist es für uns wichtig, einen Überblick über die Entwicklung und die aktuelle Lebens- und Familiensituation Ihres Kindes zu gewinnen. Wir bitten Sie deshalb die folgenden Fragen korrekt und möglichst vollständig auszufüllen.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Mühe und Ihr Engagement!

### Erste Angaben zum Kind/Jugendlichen:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Schule/Kindergarten (Name der Institution): \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Schulart: Grundschule/Förderschule/Realschule/Integrative

Gesamtschule/Hauptschule/Gymnasium/Andere: \_\_\_\_\_

### Informationen zu den Eltern:

#### Mutter:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### Vater:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

#### Schulabschluss:

- Noch kein Schulabschluss
- Hauptschule oder gleichwertig
- Realschule oder gleichwertig
- Abitur/Fachhochschulreife
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Schulabschluss:

- Noch kein Schulabschluss
- Hauptschule oder gleichwertig
- Realschule oder gleichwertig
- Abitur/Fachhochschulreife
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Berufsabschluss:**

- Kein Ausbildungsabschluss
- Noch in Ausbildung/Studium
- Lehre/Berufsausbildung inkl.  
Techniker/Fachschule
- Universitäts- oder Fachhochschulabschluss
- Sonstiges

**Berufsabschluss:**

- Kein Ausbildungsabschluss
- Noch in Ausbildung/Studium
- Lehre/Berufsausbildung inkl.  
Techniker/Fachschule
- Universitäts- oder Fachhochschulabschluss
- Sonstiges

Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_

Aktueller Beruf: \_\_\_\_\_

**Arbeitsstatus:**

- arbeitsfähig
- arbeitsunfähig (krankgeschrieben)
- Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund
- psychischer Probleme
- Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund
- anderer Gründe
- Altersrente
- arbeitssuchend
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Arbeitsstatus:**

- arbeitsfähig
- arbeitsunfähig (krankgeschrieben)
- Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund
- psychischer Probleme
- Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund
- anderer Gründe
- Altersrente
- arbeitssuchend
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigt ist/sind:

---

---

Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet? (*wenn ja, bitte Adresse, Telefon und Name des Sachbearbeiters*):  

---

---

**Wohnsituation**

Das Kind/der Jugendliche lebt aktuell mit

- beiden leiblichen Eltern
- einem leiblichen Elternteil (  Mutter       Vater)
- Adoptiveltern
- Pflegeeltern
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Geschwister**

Name	Alter	Schule/Beruf	...lebt mit dem Kind/Jugendlichen zusammen?	Leibliche, Halb-/Stiefgeschwister?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

**Beziehungsstatus der Eltern:**

- zusammenlebend
- ledig
- verheiratet
- geschieden
- getrennt lebend
- verwitwet

**Beziehungsstatus****der Mutter:**

- in keiner neuen Partnerschaft
- in einer neuen Partnerschaft
- wiederverheiratet mit neuem Partner

**des Vaters:**

- in keiner neuen Partnerschaft
- in einer neuen Partnerschaft
- wiederverheiratet mit neuem Partner

Leben nahe Verwandte (z.B. Großeltern, Tanten) in der Nähe und haben einen großen Einfluss auf das Kind/den Jugendlichen? \_\_\_\_\_

---

Gab es unvollendete Schwangerschaften?     ja     nein

**Umzüge (seit Geburt des Kindes)**

Jahr:	Wohnort:

## **Entwicklung des Problemverhaltens**

Vorstellungsanlass (Problem, wegen dem es zur Vorstellung kommt):

---

---

---

---

Wann ist das beschriebene Verhalten erstmals aufgetreten? Vor \_\_\_\_\_

Gab es besondere Ereignisse, die damit zusammenfielen?

---

---

---

---

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

---

---

---

---

Wo und wie zeigt sich das Problemverhalten:

- Familie: \_\_\_\_\_
- Freizeit: \_\_\_\_\_
- Freunde: \_\_\_\_\_
- Schule: \_\_\_\_\_

## **Therapieziele**

Motivation: Wer hat zur Vorstellung angeregt?

Mutter       Vater       Kind       Andere: \_\_\_\_\_

Ziele und Wünsche an eine Therapie:

---

---

---

Was müsste sich verändern, damit sich das Problemverhalten Ihres Kindes bessert?

---

---

---

## **Vorbehandlungen**

Welche ambulanten Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen und wann?

<b>Behandlung</b>	<b>Wo?</b>	<b>Wann?</b>
Ergotherapie/Physiotherapie		
Logopädie		
Frühförderung		
SPZ		
Erziehungsberatungsstelle		
Schulpsychologe		
Psychotherapeut		
Psychiater		
Arzt		
Andere:		

**Bitte bringen Sie alle Berichte mit, die Ihnen vorliegen!**

Gab es stationäre Vorbehandlungen? (Bitte Klinik und Zeitraum nennen)       nein

ja: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es körperliche Vorerkrankungen?  nein

ja: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?  nein

ja:

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

## **Entwicklung des Kindes/Jugendlichen**

Wie verlief die Schwangerschaft?  unauffällig

Komplikationen: \_\_\_\_\_

Risikofaktoren (*Alkohol, Nikotin, Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, Krankenhausaufenthalte, Infektionen, Seelische, psychosoziale Belastungen*):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburt:  komplikationslos  mit Komplikationen: \_\_\_\_\_

Das Kind wurde in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche geboren,

Gewicht \_\_\_\_\_ g; Größe \_\_\_\_\_ cm. Apgar Werte \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (s. gelbes Heft).

Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei Ihrem Kind nach der Geburt?  nein

ja: \_\_\_\_\_

Hat sich die Mutter nach der Geburt besonders belastet gefühlt?

Babyblues (ungefähre Dauer von \_\_\_\_\_ Monaten)

Depression (ungefähre Dauer von \_\_\_\_\_ Monaten)

andere psychische Erkrankung/Belastungen \_\_\_\_\_

Bestanden bei Ihrem Kind Auffälligkeiten im Säuglingsalter?  nein

Exzessives Schreien

Ein-/Durchschlafstörungen

Fütter-/Gedeihstörung

schwer zu beruhigen

Körperkontakt abweisend

leicht irritierbar

Blickkontakt vermeidend

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

## **Frühkindliche Entwicklung**

Wann hat Ihr Kind die folgenden Meilensteine beherrscht?

<b>Motorik</b>	<b>Monat/Jahr</b>	<b>Sauberkeits-entwicklung</b>	<b>Monat/Jahr</b>	<b>Sprache</b>	<b>Monat/Jahr</b>
Krabbeln		ohne Windeln am Tag		erste Worte	
Freies laufen		ohne Windeln in der Nacht		erste Sätze	

Gab es in einem der oben genannten Bereiche Auffälligkeiten oder Fördermaßnahmen?

nein

ja: \_\_\_\_\_

## **Kindergarten/Krippe**

Gab es eine Fremdbetreuung vor dem Eintritt in den Kindergarten? (*Tagesmutter etc.*)

nein

ja: \_\_\_\_\_

Eintritt in den Kindergarten/Krippe mit \_\_\_\_\_ Jahren

kein Eintritt

Betreuung im Kindergarten:  ganztags  halbtags

Ging/geht Ihr Kind  gern in den Kindergarten  ungern in den Kindergarten?

Verhaltensauffälligkeiten während der Kindergartenzeit?

Trennungsangst

Angst, wovor\_\_\_\_\_

Schüchternheit/Zurückhaltung

Kontaktschwierigkeiten

Aggression (verbal/körperlich)

Wutausbrüche

Hypermotorik/Zappeligkeit

Opposition/Regelverstöße

Kopfschmerzen, Bauchschmerzen

Andere \_\_\_\_\_

**Schule**

Eintritt mit \_\_\_\_\_ Jahren

Schulwechsel?  nein ja, \_\_\_\_\_Klasse wiederholt?  nein ja, \_\_\_\_\_Gab/gibt es besondere Schwierigkeiten in der Grundschulzeit?  nein ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Weiterführende Schulen/Ausbildung**

Schulform: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn einen Schulabschluss? \_\_\_\_\_

Falls nein, welcher Schulabschluss wird angestrebt? \_\_\_\_\_

Gab/gibt es Verhaltensprobleme in der Schule und (seit) wann?  nein

- Leistungsschwierigkeiten
- Angst/Zurückhaltung
- Konzentrationsprobleme
- Zappeligkeit
- Opposition/Regelverstoß
- Schwänzen
- Aggression (verbal/körperlich)

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

Wie schätzen Sie die schulischen Leistungen Ihres Kindes ein?

 sehr gut - gut       befriedigend - ausreichend       mangelhaft - ungenügendSind die Hausaufgaben regelmäßig gemacht?  ja       widerwillig       nein

Wie lange braucht ihr Kind für die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

Wie arbeitet Ihr Kind bei den Hausaufgaben?

- abgelenkt
- verträumt
- muss sich häufig bewegen
- unordentlich
- unsorgfältig
- mit häufigen Pausen
- braucht Druck
- gibt leicht auf
- lustlos
- braucht Hilfe

Müssen Sie die Hausaufgaben kontrollieren?  häufig       selten       nie

Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?

- zuversichtlich, ruhig
- übermäßig gelassen
- hat Kopf-/Bauchschmerzen
- erbricht, hat Übelkeit
- hat keinen Appetit
- Schlafstörungen
- ist sehr aufgeregt
- hat Angst
- verschweigt Klassenarbeiten
- geht nicht in die Schule

### Ausbildung

Hat Ihre Sohn/Ihre Tochter eine berufliche Ausbildung?  nein

begonnen; welche \_\_\_\_\_

abgeschlossen, welche \_\_\_\_\_

### Studium/Erwerbstätigkeit

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein Studium begonnen oder ist erwerbstätig?  nein

ja: \_\_\_\_\_

## **Soziales und Aktivitäten**

## **Soziale Integration**

Mein Kind...

- hat viele Freunde       hat eher wenige Freunde  
 hat wenige, aber sehr enge Freundschaften       hat keine Freunde  
 hat häufig Streit/Konflikte mit:  Gleichaltrigen  Erwachsenen

Wie beschäftigt sich Ihr Kind in seiner Freizeit?

- lieber alleine       lieber mit Erwachsenen  
 lieber mit Gleichaltrigen       lieber mit Jüngeren

## Hobbies

Freizeit, Interessen, Sport: \_\_\_\_\_

Verein:

Medien

Medienkonsum	Stunden pro Tag
Fernseher	
PC, Spielkonsole	
Smartphone, Tablet	

Finden Sie, dass ihr Kind übermäßig viel Zeit mit den o.g. Medien verbringt?

- nein  ja  ja, und der Medienkonsum ist ein häufiges Streithema in unserer Familie

Schränkt Ihr Kind andere Interessen aufgrund des Medienkonsums ein?

- nein  ja

Findet Medienkonsum gewalthaltiger Inhalte statt? (z.B. Gewaltspiele)

- häufig       manchmal       selten/qar nicht

## **Familienanamnese**

War Ihr Kind von Ihnen über eine längere Zeit getrennt? Wenn ja, wann und warum?

---

---

Wer kümmert sich vorwiegend um das Kind/den Jugendlichen?

---

---

Wie würden Sie die Erziehungsstile von Mutter und Vater beschreiben?

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Welche Erziehungsziele haben Sie? Welche Eigenschaften soll Ihr Kind entwickeln oder von Ihnen lernen?

---

---

Wie wird das Kind/ der Jugendliche belohnt?

---

---

Wie wird das Kind /der Jugendliche bestraft?

---

---

Erzählt das Kind/der Jugendliche wie es ihm geht?

---

---

Merken Sie, wie sich das Kind fühlt?

---

---

Wie zeigen Sie Ihrem Kind, dass Sie es mögen?

---

---

Was machen Sie gerne mit Ihrem Kind?

---

---

Finden gemeinsame Mahlzeiten statt?       ja     nein

Welche Regeln gibt es?

---

---

Wie wurden die Regeln vereinbart?

---

---

Wie wird darauf geachtet, dass die Regeln eingehalten werden?

---

---

### Familienbeziehungen

Wer ist die Hauptbezugsperson für das Kind:

- Eltern
- Mutter
- Vater
- Großelter
- außерfamiliäre Person: \_\_\_\_\_

Wie würden Sie die verschiedenen Familienbeziehungen beschreiben?

- |                   |  |                              |                                     |  |
|-------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|--|
| Mutter-Kind:      | <input type="checkbox"/> besonders gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> sehr belastet |
| Vater-Kind:       | <input type="checkbox"/> besonders gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> sehr belastet |
| Vater-Mutter:     | <input type="checkbox"/> besonders gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> sehr belastet |
| Kind-Geschwister: | <input type="checkbox"/> besonders gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> angespannt | <input type="checkbox"/> sehr belastet |

Gibt es psychosoziale Belastungen in der Familie? (chronische Krankheiten, psychische Störungen, Abhängigkeit/Sucht, Selbstmordversuch...)  nein

Falls ja, wer in Ihrer Familie ist betroffen und welche Problematik:

---

---

---

(optional) Wie sind die Besuchskontakte zu dem nicht in der Familie wohnendem Elternteil geregelt? (feste Regelung? Werden Vereinbarungen eingehalten? Wie oft gibt es Kontakt?)

---

---

---

### Ressourcen und Stärken

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

---

---

---

Was ist schön an Ihrer Familie?

---

---

---

Was unternehmen Sie gerne als Familie zusammen?

---

---

---

### Anmerkungen/Ergänzungen:

---

---

---

### Ergänzung im Falle eines Migrationshintergrundes

	Mutter	Vater
<b>Herkunftsland</b>		
<b>seit wann in Deutschland</b>		

Hintergrund der Migration (z.B. freiwillig oder unfreiwillig; geplant; aus wirtschaftlichen oder politischen Gründen; Verfolgung; Familienzusammenführung)?

---

---

---

Wie hat Ihr Kind auf die Migration reagiert?

---

---

---

Leidet das Kind Ihrer Einschätzung nach unter der Migration?  ja  nein

Werden Werte, Traditionen oder Haltungen des Herkunftslandes vermittelt oder gelebt?

Wenn ja, welche?

---

---

---

Mit welcher Kultur fühlen Sie sich verbunden:

---

Mit welcher Kultur fühlt sich Ihr Kind verbunden:

---

*Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

**Weiterhin benötigen wir zum ersten Termin:**

- Vorbefunde, z.B. über frühere ärztliche oder psychologische Untersuchungen/Behandlungen oder Krankenhausaufenthalte, Vorstellungen in Beratungsstellen.
- Namen der Medikamente, die ihr Kind einnimmt.
- Gelbes Untersuchungsheft.
- Die letzten Schulzeugnisse in Kopie.

**Einverständniserklärung**

Falls nicht alle Sorgeberechtigten beim Erstgespräch oder bei weiterführenden Terminen anwesend sein können, ist es aus rechtlichen Gründen erforderlich, dass der nicht anwesende Sorgeberechtigte die nachfolgende Einverständniserklärung unterzeichnet.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r

Name: .....

Adresse: .....

Telefonnummer/Email: .....

einverstanden mit der ambulanten Diagnostik / Behandlung

meines Kindes .....  
in der Praxis von Herrn Ahmed Mohamed

Ort, Datum ..... Unterschrift aller gesetzlich Sorgeberechtigten / Patient-(in)(ab 18 Jahre)