***Anamnesebogen***

**I) Allgemeine Informationen zum Kind:**

|  |  |
| --- | --- |
| Name des Kindes: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| **Wohnadresse des Kindes (Straße, Nr., PLZ, Ort):** |
| Straße, Hausnummer: |  |
| PLZ: |  |
| Ort: |  |
| **Adresse der Eltern /eines Elternteils, wenn abweichend zu o. g. Daten:** |
| Straße, Hausnummer: |  |
| PLZ: |  |
| Ort: |  |
| **Telefonnummer der Eltern /eines Elternteils** |
| Handy Nr. Mutter |  |
| Handy Nr. Vater |  |
| **Krankenversicherungsdaten des Kindes:** |
| Name der Versicherung: |  |
| Versicherungsnummer |  |
| Privatversicherung, wenn ja, welche: |  |
| Über welchen Elternteil ist das Kind versichert? |[ ]  Mutter |[ ]  Vater |
| Versicherungsnummer und Geburtsdatum des hauptversicherten Elternteils |  |

**II) Vorstellungsanlass:**

|  |
| --- |
| Welche aktuellen Sorgen um Ihr Kind veranlassen Sie, bei mir vorstellig zu werden?Bitte beschreiben Sie das Problem, seit wann das Problem besteht und den Verlauf! |
|  |
| Haben Sie bereits andere Stellen wegen dieser Sorge kontaktiert? **Wenn JA: Welche und wann?** |
|  |
| Hat jemand die Behandlung empfohlen? **Wenn JA: Wer?** |
|  |

**III) Fragebogen zur Entwicklung des Kindes:**

**Schwangerschaft:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1) Schwangerschaft bekannt ab |  | SSW |[ ]  geplant |[ ]  ungeplant |
| 2) Die wievielte Schwangerschaft? |  |
| 3) Gab es Belastungen/Krankheiten des Kindes oder der Mutter während der Schwangerschaft? Musste die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente (außer empfohlene Vitaminpräparate) einnehmen? War das Kind in der Schwangerschaft schädlichen Stoffen ausgesetzt? (z.B. Nikotin, Alkohol, Drogen)? **Wenn JA: Welche?** |
|  |

**Geburt:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4) In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? |  | SSW |
| 5) Wie erfolgte die Entbindung?  |
|[ ]  spontan |[ ]  mit Saugglocke |[ ]  mit der Geburtszange |[ ]  mittels Kaiserschnitt |
| 6) Gab es Besonderheiten / Komplikationen bei der Geburt? **Wenn JA: Welche?** |
|  |
| 7) Geburtsdaten des Kindes (*aus dem Mutterkindpass*): |
| Gewicht (kg): |  | APGAR (Punkte): |  |
| Länge (cm): |  | Nabelschnur-pH:  |  |
| Kopfumfang (cm): |  |  |  |

**Neugeborenenzeit:**

|  |
| --- |
| 8) Gab es nach der Geburt Besonderheiten/ Komplikationen beim Kind? **Wenn JA: Welche?** |
|  |
| 9) Gab es psychische oder körperliche Erkrankungen der Mutter nach der Geburt des Kindes? **Wenn JA: Welche?** |
|  |

**Säuglingszeit (1. Lebensjahr):**

|  |
| --- |
| 10) Wie wurde der Säugling ernährt und wie lange? |
|[ ]  Vollgestillt bis |  |[ ]  Gestillt und zugefüttert bis |  |[ ]  Fläschchen bis |  |
| Ab wann wurde Beikost eingeführt? |  |
|  |  |
| 11) Gab es Besonderheiten/ Schwierigkeiten mit der Nahrungsaufnahme? **Wenn JA: Welche?** |
|  |
| 12) Gab es Besonderheiten/ Schwierigkeiten im Schlafverhalten? **Wenn JA: Welche?** |
|  |

**Kleinkind- und Kindergartenalter (1-6 Jahre):**

(Bitte Angabe des Lebensmonats (LM), indem das Verhalten erstmals regelmäßig gezeigt wurde):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Entwicklungsschritt** | **Lebensmonat** | **Entwicklungsschritt** | **Lebensmonat** |
| Ohne Hilfe Sitzen |  | Tagsüber Sauber |  |
| Krabbeln |  | Erstes Geplapper (dada/lala) |  |
| Ohne Hilfe Stehen/ Gehen |  | Erste Worte (außer Mama Papa) |  |
| Tagsüber Trocken |  | Zwei-Wort-Sätze |  |
| Nachts Trocken |  | Vollständige Sätze |  |
|  |  |  |  |
| 13) Wurde oder wird das Kind in einer Krabbelgruppe, Kindergrippe oder von einer Tagesmutter betreut? **Wenn JA:**  |
| In welchem Zeitraum? |  | Besonderheiten/Schwierigkeiten: |  |
|  |  |  |  |
| 14) Welchen Kindergarten hat das Kind besucht bzw. besucht es noch? |
| Einrichtung: |  | von bis: |  |
|  |  |  |  |
| 15) Gab es Einrichtungswechsel? **Wenn JA:**  |  |
| wann: |  | Aus welchem Anlass: |  |
|  |  |  |  |
| 16) Wie war das Spielverhalten Ihres Kindes? |
|  |
| 17) Hat Ihnen in diesem Alter bei Ihrem Kind etwas Sorge bereitet oder bereitet Ihnen aktuell etwas Sorgen? |
|  |
| 18) Belastungen /Erkrankungen /Umzüge /besondere Ereignisse beim Kind oder in der Familie in dieser Zeit: |
|  |

 **Schulalter (für Kinder, die schon eingeschult wurden)**

**Schule**

|  |  |
| --- | --- |
| 19) In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind aktuell? |  |
| 20) Welche Schulen wurden weiterhin besucht? (Bei vorzeitigem Schulwechsel bitte Angabe des Grundes)? |  |
|  |  |
| 21) Gibt es Schulprobleme?Wenn JA: Welche? (soweit nicht beim Vorstellungsanlass beschrieben) |
|  |
| 22) Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule?  | Welche Fächer mag Ihr Kind nicht? |
|  |  |
| 23) Wie ist die soziale Integration in der Schule? |
|  |
| 24) Was sagen die Lehrer über die Entwicklung des Kindes? |
|  |
| 25) Wie zufrieden sind Sie als Eltern mit der Schul-/Lernsituation? |
|  |

**Freizeitbeschäftigung:**

|  |
| --- |
| 26) Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit? Gibt es Hobbies? Welche? |
|  |
| 27) Wieviel sieht Ihr Kind pro Tag in etwa fern, nutzt den PC, Handy, Tablet? Gibt es damit Probleme? |
|  |
| 28) Wie oft pro Woche trifft sich Ihr Kind außerhalb der Schule mit Gleichaltrigen? |
|  |

**Entwicklung zu Hause:**

|  |
| --- |
| 29) Was war/ist „typisch“ für Ihr Kind im Grundschulalter? |
|  |
| 30) Bei Teenagern: Welches Verhalten ist jetzt „typisch“ für Ihren Teenager? |
|  |
| 31) Sorgen/Probleme im Grundschulalter? |
|  |
| 32) Sorgen/Probleme im Teenageralter? |
|  |
| 33) Belastungen / Probleme/ besondere Ereignisse beim Kind oder in der Familie im Grundschulalter: |
|  |
| 34) Belastungen / Probleme/ besondere Ereignisse beim Kind oder in der Familie im Teenageralter: |
|  |

**Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes:**

|  |
| --- |
| 35) Gibt es aktuell körperliche Erkrankungen /Einschränkungen? **Wenn JA: Welche?** |
|  |
| 36) Muss Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente nehmen? **Wenn JA: Welche?** |
|  |
| 37) Gab es in der Vergangenheit länger dauernden Erkrankungen/ Krankenhausaufenthalte /Operationen? **Wenn JA: Welche und wann?** |
|  |
| 38) Gibt es Allergien /Unverträglichkeiten? **Wenn JA: Welche?** |
|  |

**Fachärztliche Untersuchungen:**

|  |
| --- |
| 39) Wurde schon einmal ein Sehtest / eine Vorstellung beim Augenarzt durchgeführt und mit welchem Ergebnis? |
|[ ]  nein |[ ]  ja | Ergebnis: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 40) Wurde schon einmal ein Hörtest / eine Vorstellung beim HNO-Arzt durchgeführt und mit welchem Ergebnis? |
|[ ]  nein |[ ]  ja | Ergebnis: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 41) Wurde schon einmal ein EKG/ eine Vorstellung beim Kardiologen durchgeführt und mit welchem Ergebnis? |
|[ ]  nein |[ ]  ja | Ergebnis: |  |
|  |  |  |  |  |
| 42) Wurde schon einmal ein EEG/ eine Vorstellung beim Neurologen durchgeführt und mit welchem Ergebnis? |
|[ ]  nein |[ ]  ja | Ergebnis: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 43) Gab es jemals einen Krampfanfall/ Fieberkrampf/epileptischen Anfall?**Wenn JA: Welche Art von Anfall und wann?** |
|  |
| 44) Ist Ihr Kind derzeit anderweitig in therapeutischer Behandlung (z.B.: Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Lerntherapie, …?) **Wenn JA:** |
| Welche? |  |
| Namen, der Therapeut\*innen: |  |

**Familienanamnese:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Angaben zur Mutter** | **Angaben zum Vater** |
| Name: | Name: |
|  |  |
| Alter: | Alter: |
|  |  |
| Aktueller Beruf (Vollzeit/Teilzeit): | Aktueller Beruf (Vollzeit/Teilzeit): |
|  |  |
| Schulabschluss/ Ausbildung: | Schulabschluss/ Ausbildung: |
|  |  |
| Körperliche/ psychische Erkrankungen: | Körperliche/ psychische Erkrankungen: |
|  |  |
| Erkrankungen in der Familie: | Erkrankungen in der Familie: |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Geschwister/ Halbgeschwister: (ggf. weitere Geschwister auf der Rückseite ergänzen):** |
|  |
| Name |  |  |  |  |  |
| Alter/ Geschlecht |  |  |  |  |  |
| Schule/ Klasse |  |  |  |  |  |
| Erkrankungen |  |  |  |  |  |
| Probleme |  |  |  |  |  |
| Beziehung zum vorgestellten Kind |  |  |  |  |  |
| Bei Halbgeschwistern: väterlicher-oder mütterlicherseits? |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 45) Beschreiben Sie bitte die Beziehung zwischen beiden Elternteilen? |
|  |
| 46) Gibt es neue Lebenspartner der Eltern? **Wenn JA: seit wann?** |  |
| 47) Lebt der/die neue Lebenspartner\*in im gemeinsamen Haushalt des Kindes? **Wenn JA: seit wann?** |  |
|  |  |
| 48) Gibt es (noch nicht erwähnte) Sorgen in der Beziehung des Kindes zu einem /beiden Elternteilen oder ggf. den neuen Partnern der Eltern? |
|  |
| 50) Wer ist sorgeberechtigt? |  |
|[ ]  Eltern haben gemeinsames Sorgerecht |[ ]  Mutter ist allein sorgeberechtigt |
|[ ]  Vater ist allein sorgeberechtigt |[ ]  Sonstige (mit Adresse): |  |
|  |  |  |  |  |
| 51) Wird die Familie durch Jugendhilfe /Jugendamt unterstützt? **Wenn JA: durch wen?** |
|  |
| 52) Sind Sie / Ihr Kind mit der aktuellen Wohnsituation zufrieden? Veränderungswünsche? |
|  |
| 53) Falls noch nicht erwähnt, ist das Kind schon einmal umgezogen (von wo nach wo, wann, Probleme)? |
|  |
| 54)Wie ist die sonstige familiäre Anbindung (Kontakt zu Großeltern, weitere Verwandten)? |
|  |

**Vielen Dank für Ihr Bemühen!**