



Wir bitten Sie, den folgenden **Anamnesebogen** mit Angaben zur Vorgeschichte sorgfältig auszufüllen.

1. Patient: Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

2. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

.....

3. Aktuelle Problematik

Welche aktuellen Probleme können Sie beschreiben?

.....
.....
.....
.....

Seit wann bestehen diese Probleme und warum kommen Sie gerade jetzt zu uns?

.....
.....
.....
.....

Wie oft treten diese Probleme auf, wann gibt es Ausnahmen?

.....
.....
.....
.....

Was wurde bisher unternommen? (eigene Ideen oder bisherige Behandlungen, Maßnahmen wie z. B. Jugendamt, Fachdienste, Frühförderung, Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie)

.....
.....
.....
.....

Mit welchen anderen Problemen beschäftigt sich Ihre Familie derzeit noch?

.....
.....
.....

4. Entwicklung des Kindes (Bitte zutreffendes ankreuzen und evtl. näher beschreiben.)

Schwangerschaft

- Unauffällig
- Schwangerschaftskomplikationen (z. B. vorzeitige Wehen oder Blutungen)
- Andere psychische oder körperliche Belastungen (z.B. Erkrankungen, Umzüge, Tod naher Angehöriger)
- Einnahme von Medikamenten
- Nikotin- oder Alkoholkonsum

Geburt¹

- Unauffällig
- Geburt termingerecht
- Wenn nicht, in welcher Schwangerschaftswoche?
- Geburtskomplikationen (Welche?)
- Geburtsgewicht:
- Geburtslänge:
- APGAR-Werte:

Entwicklung im ersten Lebensjahr

- Unauffällig
- Wurde das Kind gestillt? (Dauer in Monaten)
- Stillkomplikationen (Welche?)
- Schlafprobleme
- Erkrankungen

¹ Informationen dazu finden Sie im gelben Vorsorgeheft Ihres Kindes

Motorische Entwicklung

- Unauffällig
- Freies Sitzen (Angabe in Monaten)
- Freies Laufen (Angabe in Monaten)
- Gab es Auffälligkeiten? (Welche?)

Sprachliche Entwicklung

- Unauffällig
- Erste Worte (Angabe in Monaten)
- Erste Sätze (Angabe in Monaten)
- Gab es Auffälligkeiten? (Welche?)

Sauberkeitsentwicklung

- Unauffällig
- Am Tage sauber (Angabe in Monaten)
- Nachts sauber (Angabe in Monaten)
- Am Tage trocken (Angabe in Monaten)
- Nachts trocken (Angabe in Monaten)

Bitte füllen Sie im Folgenden die Angaben zur **vorschulischen Entwicklung** aus.

Allgemeiner Eindruck, evtl. Probleme (z. B. motorische Unruhe, Kontaktverhalten)

.....

.....

Welche vorschulischen Kindereinrichtungen hat Ihr Kind besucht?

Einrichtung	Von wann?	Bis wann?	Grund des Wechsels

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu Gleichaltrigen! Gab es Probleme?

.....

.....

.....

Entwicklung während der **Schulzeit**

Wann wurde Ihr Kind eingeschult (Alter, ev. Zurückstellung, Schule / Schulart)

.....

.....

Welche Schule / Schulform?	Von wann?	Bis wann?	Grund des Wechsels

Hat Ihr Kind Klassen wiederholt? Welche?

Wie schätzen Sie die Lerneigenschaften Ihres Kindes ein? (z. B. Leistungsprobleme, Stärken)

.....

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu Gleichaltrigen! Gab es Probleme?

.....

Höchster Schulabschluss:

Bitte füllen Sie im Folgenden die Angaben zur **Berufsausbildung** aus.

Berufswunsch:

Welche Berufsausbildung? (z. B. Lehrstelle, Fördermaßnahme)

.....

Gab es Probleme während der Berufsausbildung?

.....

Bitte beantworten Sie im Folgenden allgemeine Fragen zum Kind!

Welche Hobbys / Lieblingsbeschäftigungen hat Ihr Kind?

.....

Welche besonderen Fähigkeiten / Stärken hat Ihr Kind?

.....

Welche belastenden Ereignisse gab es im bisherigen Entwicklungsverlauf?

.....

5. Bitte füllen Sie im Folgenden Angaben zur Familie aus!

Name, Vorname der **Kindesmutter** (leibl. KM):
geb. am: in: Geburtsname:
Anschrift:
Tel.:
höchster Schulabschluss: erlernte Berufe:
jetzige Tätigkeit: seit:
bedeutende Erkrankungen:
ggf. verstorben (Datum): woran:

Name, Vorname des **Kindesvaters** (leibl. KV):
geb. am: in:
Anschrift:
Tel.:
höchster Schulabschluss: erlernte Berufe:
jetzige Tätigkeit: seit:
bedeutende Erkrankungen:
ggf. verstorben (Datum): woran:

Wer hat das **Sorgerecht**? Eltern Mutter Vater Vormund/andere
evtl. Name u. Tel. des Vormundes/andere Person:
.....

Familienstand der Eltern

verheiratet zusammenlebend getrennt /geschieden wiederverheiratet
seit:

Weitere bedeutsame Ehen/Partnerschaften (von - bis):
.....
.....

Wird das Kind durch **andere Personen** als die leiblichen Eltern (Stief-, Groß-, Pflege- oder Adoptiveltern etc.) erzogen? (wenn ja, durch wen?)
.....
.....
.....

Aktueller **Lebensort** des Kindes: Eltern Mutter Vater anderer

Wenn anderer Lebensort (z.B. Pflegefamilie, Heim) dann bitte weitere Angaben:
Name der Person/Einrichtung:
Adresse:
Tel.:
Frühere Lebensorte (mit Angabe von jeweiligen Zeiträumen):
.....
.....

Angaben zu den **Großeltern evtl. zu Ersatzgroßeltern:**

	Väterlicherseits		Mütterlicherseits	
	Großvater	Großmutter	Großvater	Großmutter
Geburtsdatum				
ggf. verstorben (wann/woran?)				
Bedeutende Erkrankungen				
Bestehende Kontakte				

Angaben zu **Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG):**

Name, Vorname (ggf.: HG / SG)	Geburts- datum (ggf. Sterbe- datum)	Eltern	Kita Schule u. Klasse Arbeit	Besonderheiten (z.B. Stärken, Probleme, Erkrankungen)

Wie schätzen Sie die Beziehung unter den Geschwistern ein?

.....

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen?

.....

.....

6. Bitte beschreiben Sie die aktuelle Wohnsituation!

Wohnen Sie mit Ihrem Kind im / in

eigenen Haus Reihenhaus Mietwohnung anders:.....

Anzahl der Zimmer:

Anzahl der dort lebenden Personen:

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

ggf.: Mit wem teilt sich Ihr Kind sein Zimmer?

7. Angaben zur medizinischen Anamnese

Gibt es weitere wichtige **körperliche Beschwerden**, die bisher noch nicht genannt wurden?
(Schlafprobleme, Essgewohnheiten / Appetit, Verdauung, Verletzungen, Schmerzen, akute oder
chronische Erkrankungen, Krampfanfälle)

.....
.....
.....
.....
.....

Gibt es **körperliche Beeinträchtigungen** (Hören, Sehen, Gehen etc.)?

.....

Trägt Ihr Kind eine Brille, ein Hörgerät oder Prothesen?

.....

Hatte Ihr Kind schon einen **Unfall**? Wenn ja, was passierte wann?

.....

Wurde Ihr Kind schon einmal im **Krankenhaus** behandelt?

Krankenhaus	Von wann?	Bis wann?	Grund der Behandlung
.....
.....
.....

Sind **Allergien** bekannt z. B. (Nahrungsmittel, Haustiere, Medikamente)?

.....

Werden **Medikamente** eingenommen? Welche und in welcher Dosierung?

.....

Konsumiert Ihr Kind:

Zigaretten? nein ja, wenn ja, wie viele am Tag?

Alkohol? nein ja, wenn ja, welche Menge in der Woche?

.....

Drogen? nein ja, wenn ja, welcher Art und Häufigkeit?

.....

Bei Mädchen: Wann war der Beginn der Regelblutung? Gibt es Beschwerden?

.....

Benutzt Ihre Tochter Verhütungsmittel? Wenn ja, welche?

.....

8. Nachdem Sie so ausführlich bisherige Fragen beantwortet haben, wollen wir Sie abschließend nach Ihren Behandlungszielen fragen.

Was erhoffen Sie sich von der Behandlung in unserer Praxis?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was sollte nicht passieren? Welche Sorgen / Bedenken verknüpfen sich möglicherweise für Sie mit der Behandlung?

.....

.....

.....

Welche wichtigen Ergänzungen gibt es aus Ihrer Sicht?.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!