

Anamnesebogen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Name des Patienten: _____ Geb. – Datum(Kind): _____

Straße / Haus Nr.: _____ PLZ / Ort: _____

Tel. Nr.: _____ Handy Nr.: _____

Email: _____ Sorgeberechtigter: _____

Hauptversicherter: _____ Geb.datum (Hauptversicherter): _____

Kinderarzt: _____ Heutiges Datum: _____

Liebe Eltern, liebe Erzieher und Betreuer,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihr Kind und somit unseren Patienten besser kennen lernen. Um Ihnen schneller helfen zu können und um Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich auf die Sprechstunde beim Arzt gut vorzubereiten, möchten wir Sie bitten, diese Fragen zu beantworten.

Bitte markieren Sie Fragen, die Sie mit dem Arzt gerne ausführlicher besprechen möchten!**Eigenanamnese:**

In diesem Teil möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes zu nennen.

Daten zur Schwangerschaft: *Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen.*1. Verlauf: unauffällig auffällig

(Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

Geburt:2. In welcher Schwangerschaftswoche: _____ 3. War die Schwangerschaft erwünscht: nein ja4. Wie war die Entbindung: spontan mit Saugglocke mit der Geburtszange mittels Kaiserschnitt

5. Gewicht: _____ g Länge: _____ cm APGAR: _____ Punkte Kopfumfang: _____ cm

Nabelschnur-PH: _____

Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft.

Neugeborenenperiode:6. Gab es Auffälligkeiten wie: Gelbsucht Phototherapie im Zeitraum: _____ Anpassungsstörungen: Frühchen Atmungsprobleme Beatmung Wärmebettchen Sepsis / Infektion des Neugeborenen sonstiges _____

7. Verlegung in andere Klinik? Wenn ja, welche: _____ warum: _____

8. Gestillt nein ja, wie lange _____9. War das Kind ein Schreikind ruhiges Kind sonstiges _____**Kleinkindperiode:**

10. Ab wann konnte das Kind frei laufen? _____

11. Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann Zweiwortsätze?) _____

12. Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase? _____

13. Wann war das Kind trocken? _____

Krabbelgruppe / Kindergarten:14. Hat das Kind eine Krabbelgruppe besucht? nein ja, im Zeitraum: _____15. Hat das Kind einen Kindergarten besucht nein ja, im Zeitraum: _____
bzw. besucht es derzeit eine Kita?16. War/Ist es ein Integrationskind: nein ja17. Hatte/Hat das Kind Trennungsängste? nein ja18. Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe? nein ja19. Gab es dort Auffälligkeiten in der Gruppe? nein ja

20. Wer übernahm die Nachmittagsbetreuung? _____

Schullaufbahn:

21. Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant? _____

22. Welche Schulen wurden besucht? _____

23. In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt? _____

24. Ist das eine Ganztagschule? nein ja

25. Werden die Hausaufgaben in der Schule erledigt oder zu Hause? _____

26. Gibt es Schulprobleme? nein ja, welche? _____

27. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule? _____

28. Welche Fächer sind schwieriger? _____

29. Wie ist die soziale Integration in der Schule? _____

30. Wer übernimmt die Nachmittagsbetreuung? _____

ggf. Berufsausbildung:

31. Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor? _____

32. Wird eine Berufsausbildung/Studium absolviert? nein ja, welche/s? _____

33. Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert? nein ja, welche? _____

Freizeitbeschäftigung:

34. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft? nein ja, welche? _____

35. Welche Hobbies werden ausgeübt? _____

36. Wieviel sieht Ihr Kind durchschnittlich fern oder nutzt den PC? _____

Gesundheitszustand:

37. Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? _____

38. Gibt es sonstige Krankheiten/Operationen? _____

39. Welches Ergebnis hatte die letzte ärztliche Untersuchung der Augen? _____

40. Welches Ergebnis hatte die letzte ärztliche Untersuchung der Ohren? _____

41. Sind Allergien bekannt? nein ja, welche? _____

42. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen? _____



43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall? nein ja

44. Gibt es Drogenerfahrungen? nein ja, welche? _____

45. Gab es bisher schon Therapien? (z.B. Ergo-, Logo- od. Physiotherapie, ambulante Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, stationärer Aufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung)

nein ja, welche? _____

46. Gab es Strafverfahren / Anzeigen? nein ja, welche _____

Familienanamnese:

Mutter:

47. Name: _____

48. Geburtsdatum: _____

49. Alter: _____

50. Adresse und Telefonnummer:

Vater:

57. Name: _____

58. Geburtsdatum: _____

59. Alter: _____

60. Adresse und Telefonnummer:



Mutter: 51. Schulabschluss: _____ 52. Ausbildung/Studium: _____ 53. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit): _____ 54. Erkrankungen: _____ 55. Psychische Erkrankungen: _____ 56. Erkrankungen in der Familie: _____	Vater: 61. Schulabschluss: _____ 62. Ausbildung/Studium: _____ 63. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit): _____ 64. Erkrankungen: _____ 65. Psychische Erkrankungen: _____ 66. Erkrankungen in der Familie: _____		
67. Leben die leiblichen Eltern des Kindes zusammen? <input type="checkbox"/> nein, seit wann nicht mehr? _____ <input type="checkbox"/> ja			
68. Gibt es eine(n) neue(n) Lebenspartner/in des Vaters? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____ Gibt es eine(n) neue(n) Lebenspartner/in der Mutter? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____			
69. Lebt der/die neue Lebenspartner(in) mit im gemeinsamen Haushalt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit wann? _____			
Geschwister: auch Angaben zu Stief- oder Halbgeschwistern			
70. Name: _____	_____	_____	_____
71. Alter: _____	_____	_____	_____
72. Schule: _____	_____	_____	_____
73. Sind auch bei ihnen Verhaltensprobleme aufgetreten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____			

**Wohnsituation:**

74. Wie wohnen Sie? (*Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus, ...*)

75. Wo wohnt das Kind bzw. der Jugendliche?

76. Hat das Kind sein eigenes Zimmer ? nein ja

77. Wohnen Sie in einer kinderfreundlichen Umgebung? nein ja

78. Besteht Kontakt zu den Großeltern? nein ja

79. Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt? nein ja, wie? _____

(*Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe, Einzelfallhelfer*) _____

Sorgerecht:

80. Wer ist sorgeberechtigt?

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Sonstige: _____

Gibt es Bereiche des Sorgerechts, die ausgelagert sind? nein ja, welche? _____

Jugendamt, Name, Adresse, Tel.-Nr.: _____

Adresse Sorgeberechtigte/r (falls abweichend): _____

Vorstellungsgrund:

81. Wer hat Ihnen eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik/Behandlung empfohlen? _____

82. Was führt Sie zu uns? _____



83. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

84. Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

nein ja, wo? _____

85. Sie haben 3 Wünsche frei. Was würden Sie sich für sich, Ihr Kind oder die Familie wünschen?

1. _____

2. _____

3. _____

Ich/wir sind _____ mit einer
(Vorname Name)

kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes hier im MEZ einverstanden.

Köln/Bonn, den _____
Unterschrift(en)

Nur von Sorgeberechtigten auszufüllen:

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung zur Behandlung unterschreibt, muss diese Zusatzerklärung unterschrieben werden:

Ich _____ versichere, dass alle Sorgeberechtigten über die kinder- und
(Vorname Name)

jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes hier im MEZ informiert und damit einverstanden sind.

Köln/Bonn, den _____
Unterschrift

Wir danken Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.