

### Anamnesebogen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Angaben zum Patienten		Angaben zum Sorgeberechtigten sowie Hauptversicherten	
Name des Patienten		Sorgeberechtigter	
Geburtsdatum (Kind)		Telefon-Nummer	
Straße und Hausnummer		Handy-Nummer	
PLZ und Ort		E-Mail	
Kinderarzt		Hauptversicherter	
Heutiges Datum		Geburtsdatum (Hauptversicherter)	

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!

<p><b>Eigenanamnese:</b> In diesem Teil möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes zu nennen.</p>
<p><b>Angaben zur Schwangerschaft:</b> <i>Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen.</i></p> <p>1 Verlauf:     <input type="checkbox"/> unauffällig     <input type="checkbox"/> auffällig</p> <p>(Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)</p>
<p><b>Geburt:</b></p> <p>2. In welcher Schwangerschaftswoche: _____ 3. War die Schwangerschaft erwünscht:   <input type="checkbox"/> nein     <input type="checkbox"/> ja</p> <p>4. Wie war die Entbindung:     <input type="checkbox"/> spontan   <input type="checkbox"/> mit Saugglocke   <input type="checkbox"/> mit der Geburtszange   <input type="checkbox"/> mittels Kaiserschnitt</p> <p>5. Gewicht: _____ g   Länge: _____ cm   APGAR: _____ Punkte   Kopfumfang: _____ cm</p> <p>Nabelschnur-PH: _____     <i>Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft.</i></p>



## 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 bzw. besucht es derzeit eine Kita?  nein  ja, im Zeitraum: \_\_\_\_\_
16. War/Ist es ein Integrationskind:  nein  ja
17. Hatte/Hat das Kind Trennungsängste?  nein  ja
18. Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe?  nein  ja
19. 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. In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt? \_\_\_\_\_
23. Ist das eine Ganztagschule?  nein  ja
24. Werden die Hausaufgaben in der Schule erledigt oder zu Hause? \_\_\_\_\_

25. Gibt es Schulprobleme?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

26. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule? \_\_\_\_\_

27. Welche Fächer sind schwieriger? \_\_\_\_\_

28. Wie ist die soziale Integration in der Schule? \_\_\_\_\_

29. Wer übernimmt die Nachmittagsbetreuung? \_\_\_\_\_

30. Welche Schulen wurden bisher besucht? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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. Wieviele Stunden pro Tag nutzt das Kind im Durchschnitt die folgenden Medien in der Freizeit?

	Stunden pro Tag	Nicht vorhanden
Fernsehen		
PC / Laptop		
Tablet		
Handy / Smartphone		
Spielekonsole (z.B. Xbox, Nintendo, ...)		

**Gesundheitszustand:**

37. Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? \_\_\_\_\_

38. Gibt es sonstige Krankheiten/Operationen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_39. Wann fand die letzte ärztliche Untersuchung der **Augen** statt? \_\_\_\_\_  
Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_40. Wann fand die letzte ärztliche Untersuchung der **Ohren** statt? \_\_\_\_\_  
Mit welchem Ergebnis? \_\_\_\_\_41. Sind Allergien bekannt?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_42. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall?  nein  ja

44. Gibt es Erfahrungen mit ...?

Alkohol  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_Nikotin  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_Drogen  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

45. Gab es bisher schon Therapien? (z.B. Ergo-, Logo- oder 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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

51. Schulabschluss: \_\_\_\_\_

52. Ausbildung/Studium: \_\_\_\_\_

53. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit):

\_\_\_\_\_

54. Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

55. Psychische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

56. Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vater:

57. Name: \_\_\_\_\_

58. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

59. Alter: \_\_\_\_\_

60. Adresse und Telefonnummer:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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?  nein, seit wann nicht mehr? \_\_\_\_\_  ja

68. Gibt es eine(n) neue(n) Lebenspartner/in des Vaters?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gibt es eine(n) neue(n) Lebenspartner/in der Mutter  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

69. Lebt der/die neue Lebenspartner(in) mit  
im gemeinsamen Haushalt?  nein  ja, seit wann? \_\_\_\_\_

**Geschwister des Kindes:** auch Angaben zu Stief- oder Halbgeschwistern

70. Name:	_____	_____	_____
71. Alter:	_____	_____	_____
72. Schule:	_____	_____	_____

73. Sind auch bei den Geschwistern des Kindes Verhaltensprobleme aufgetreten?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**

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

75. Wo wohnt das Kind bzw. der Jugendliche? (*falls es eine Jugendhilfeeinrichtung ist, bitte auch mit Angabe der Adresse, Ansprechpartner und Telefonnummer*)  
\_\_\_\_\_

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?  
(Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe, Einzelfallhelfer)

nein

ja, wie?

---

---

### 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. \_\_\_\_\_

**Abschließende Erklärung:**

Ohne die unterschriebene unten stehende Erklärung dürfen wir diesen Bogen nicht zur Anamnese und Diagnostik sowie ggf. Behandlung nutzen. Ihre Unterschrift bzw. Unterschriften (bei mehreren Sorgeberechtigten) ist bzw. sind daher unbedingt notwendig.

Ich bin / Wir sind \_\_\_\_\_ mit der  
(Vorname und Name des Sorgeberechtigten bzw. Vornamen und Namen der Sorgeberechtigten)

Verwendung des Anamnesebogens für eine weitergehende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes hier im MEZ einverstanden.

Köln/Bonn, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift(en)

Nur von Sorgeberechtigten auszufüllen:

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter den Anamnesebogen unterschreibt, muss diese Zusatzklärung unterschrieben werden:

Ich \_\_\_\_\_  
(Vorname und Name) versichere, dass alle Sorgeberechtigten über die Inhalte des

Anamnesebogens und dessen Verwendung im Rahmen der weitergehenden kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes hier im MEZ informiert und damit einverstanden sind.

Köln/Bonn, den \_\_\_\_\_  
Unterschrift

***Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.***