

Anamnesebogen

Praxis für Kinder- und Jugendlichen Psychotherapie
Götz Schwobe
Am Stadtpark 14 31655 Stadthagen Tel.: 05721/ 92 92 68

Fragebogen zur Vorgeschichte

Liebe Eltern bzw. Bezugspersonen

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung des Kindes bzw. Jgdl. bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mühe.

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

2. Angaben zur leiblichen Mutter

Informationen vor.

Es liegen keine

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

3. Angaben zum leiblichen Vater

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

4. Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

5. Angaben zum Partner der Mutter

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

6. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister) Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?

7. Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?

- Eltern Arzt Kindergarten
- Hort/Tagesgruppe Schule Beratungsstelle
- Jugendamt/KSD Sonstige _____
(Wer?)

8. Wegen welcher Sorgen bzw. Probleme, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?

9. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Jahre

10. Wie verlief die Schwangerschaft?

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme?	
<hr/>		

11. Wie verlief die Geburt ihres Kinde

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<hr/>	<input type="checkbox"/> Hausgeburt
(welches?)		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zu spät
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?
<hr/>		
(welche?)		
Fragen zum Neugeborenen:		
Gewicht: <hr/>	Gramm	Länge: <hr/> cm
Kopfumfang: <hr/>	cm	Apgar-Werte <hr/> / <hr/> / <hr/>
Wurde Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<hr/>
Wie wurde Ihr Kind behandelt?		

12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Es liegen keine Informationen vor.

frei sitzen mit: <hr/> Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: <hr/> Monaten
frei laufen mit: <hr/> Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: <hr/> Monaten
erste Worte mit: <hr/> Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: <hr/> Monaten
Besonderheiten: <hr/>	
(welche?)	

13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beide Elternteile | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Tagesmutter | <input type="checkbox"/> Krabbelstube |
| <input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim) | <input type="checkbox"/> andere Personen | _____ |
- (welche?)

14. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer in Bewegung | <input type="checkbox"/> verletzte sich viel | <input type="checkbox"/> Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper |
| <input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen | <input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter | <input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab | <input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden | <input type="checkbox"/> eifersüchtig |
| <input type="checkbox"/> oft krank | <input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative | <input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich |
| <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen | _____ |
- (welche?)

15. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten? _____ Jahre

Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten? Nein Ja

Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten? Nein Ja _____
(welchen?)

Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten? Nein Ja

Gab es im Kindergarten Probleme? Nein Ja _____
(welche?)

16. Fragen zum Schulalter

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?

entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: _____

Klasse: _____

Name der Klassenlehrerin: _____

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss

Förderschulabschluss

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachhochschulreife

Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?

trifft nicht zu

ein Elternteil

Verwandte/Bekannte

Tagesmutter

Hort

Tagesgruppe

versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?

Einschulungsjahr-Grundschule: _____

normaler Verlauf

Vorklasse besucht

verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse

_____ (welche?)

Wechsel auf eine Förderschule

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule?

regelmäßig

verspätet sich oft

fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig

fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____ (welche?)

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer

Küche

Wohnzimmer

Hort

Schule

anderswo _____ (wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig

mit gelegentlicher Hilfe

vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

weniger als 30 min.

zwischen 30 und 60 min.

zwischen 60 und 120 min.

über 120 min.

Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?

nein

ja _____ (welche Fächer?)

17. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber: allein mit anderen Kindern mit Erwachsenem

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein Musikgruppe Spielgruppe

Jugendgruppe Spielpark/Jugendzentrum anderes: _____
(was?)

17. 1. Wieviel Zeit verbringt das Kind insgesamt PC/TV/Smartphone/Playstation pro Tag in Stunden? hochgerechnet auf die Woche?

18. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle	Welche?	In welchem Jahr

19. Fragen zu körperlichen Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Es liegen keine Informationen vor.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sehstörungen | <input type="checkbox"/> Hörstörungen |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten |

_____ (welche?)

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> entfällt | <input type="checkbox"/> bei Geschwistern | <input type="checkbox"/> beim Vater |
| <input type="checkbox"/> bei der Mutter | <input type="checkbox"/> bei den Großeltern | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? nein ja

_____ (welche?)

20. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Welche? _____

21. Positive Eigenschaften des Kindes

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?
Über welche Entwicklungsschritte freuten/freuen Sie sich besonders?
Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

22. Symptomcheckliste:

(A) aktuell/ (F) früher	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
Auffälligkeiten beim Schlaf					
Einnässen, Einkoten					
Bauchschmerzen					
Kopfschmerzen					
Essstörung					
Müde und erschöpft					
Unruhig					
Unsicher, Unruhig					
Ängstlich					
Traurig					
Selbstwertzweifel					
Hohe Erwartungen an sich					
Aggressive Durchbrüche					
Einsamkeit					
Soziale Auffälligkeiten					
Zwangsgedanken					
Zwangshandlungen					
Medien Konsum PC/ Handy/ TV					
Niedrige Frustrationstoleranz					

23. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	
<input type="checkbox"/> Verwandter _____ (wer?)	<input type="checkbox"/> andere Person _____ (wer?)	

23. Was ist Ihnen noch wichtig mitzuteilen für unsere Zusammenarbeit?

24. Zum Schluss: nur mal angenommen, wir hätten eine erfolgreiche Zusammenarbeit hinter uns, woran würde sie das für sich und am Kind bemerken? Was ist jetzt anders? Was können Sie jetzt besser und was das Kind? Und für wie wahrscheinlich halten Sie und das Kind das sie das erreichen können auf einer Skala von 0-100%?

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation

.....
Unterschrift und Datum