

ANAMNESEFRAGEBOGEN

1) VORZUSTELLENDEN KIND

DATUM

VORNAME UND NAME DES KINDES

GESCHLECHT

GEBURTSDATUM

SORGBERECHTIGTE

HAUS-/KINDERARZT

2) VORSTELLUNGSGRUND (GGF. RÜCKSEITE BENUTZEN)

3) LEIBLICHE ELTERN (ANGABEN ZU WEITEREN BEZUGSPERSONEN, Z.B. STIEF-/ ADOPTIV-/ PFLEGEELTERN SIEHE PUNKT 8)

	MUTTER	VATER
NAME, VORNAME		
GEBURTSDATUM		
ADRESSE		
TEL.-NR. (MOBIL/FEST)		
SCHULABSCHLUSS		
ERLERNTER BERUF		
AKTUELLE TÄTIGKEIT WIE VIELE WOCHENSTUNDEN?		
ERKRANKUNGEN (PSYCHISCH & KÖRPERLICH)		

4) GESCHWISTER

NAME, VORNAME	GEBOREN AM	SCHULE/ BERUF

5) LEBENS- UND WOHSITUATION DES KINDES

BEZIEHUNGSSTATUS DER LEIBLICHEN ELTERN

VERHEIRATET GESCHIEDEN ZUSAMMEN LEBEND GETRENNT LEBEND VERWITWET

SORGERECHT

VATER MUTTER BEIDE VORMUND SONSTIGE:

BEI WEM LEBT IHR KIND?

ELTERN MUTTER VATER PFLEGEELTERN ADOPTIVELTERN SONSTIGE:

WOHNGRUPPE (NAME, ANSCHRIFT, BETREUER): _____

6) ERKRANKUNGEN (INSBESONDERE PSYCHISCHE/ PSYCHIATRISCHE) IN DER WEITEREN FAMILIE/
VERWANDTSCHAFT

7) VORERKRANKUNGEN DES KINDES

KRANKHEITEN/ UNFÄLLE/ ALLERGIEN

REGELMÄßIGE EINNAHME VON MEDIKAMENTEN

NEIN JA, WELCHE: _____

KRANKENHAUSAUFENTHALTE (WO, WANN, WARUM?)

8) WEITERE BEZUGSPERSONEN (Z.B. STIEF-, ADOPTIV-, PFLEGEELTERN, ERZIEHUNGSSTELLEN)

	NAME, VORNAME	NAME, VORNAME	NAME, VORNAME
BEZIEHUNG ZUM KIND			
GEBURTSDATUM			
ADRESSE			
TEL.-NR. (MOBIL/FEST)			
SCHULABSCHLUSS			
ERLERNTER BERUF			
AKTUELLE TÄTIGKEIT WIE VIELE WOCHENSTUNDEN?			
ERKRANKUNGEN (PSYCHISCH & KÖRPERLICH)			
<input type="checkbox"/> LEBEN ZUSAMMEN <input type="checkbox"/> GETRENNT SEIT: _____ <input type="checkbox"/> VERWITWET SEIT: _____			

9) SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT (BITTE GGF. DEM GELBEN VORSORGEHEFT ENTNEHMEN)

WIEVIELTE SCHWANGERSCHAFT? _____ GEBURT IN DER _____ SCHWANGERSCHAFTSWOCHEN
 KOMPLIKATIONEN IN DER SCHWANGERSCHAFT: _____
 KOMPLIKATIONEN BEI DER GEBURT: _____

GEBURTSGEWICHT: _____ GRÖÖZE: _____ KOPFUMFANG: _____
 APGAR: ___/___/___ NABELSCHNUR-PH: _____

10) FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

IN WELCHEM ALTER BEGANN IHR KIND...

ZU SITZEN: _____ ZU LAUFEN: _____ ZU SPRECHEN: _____

WANN WAR IHR KIND...

TAGSÜBER TROCKEN: _____ NACHTS TROCKEN: _____ SAUBER: _____

AUFFÄLLIGKEITEN IM ERSTEN LEBENSJAHR (Z.B. EXZESSIVES SCHREIEN, EIN- UND DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN, FÜTTERSTÖRUNGEN, WENIG INTERESSE AN DER UMWELT, KÖRPERKONTAKT VERMEIDEND ETC.)

11) KINDERGARTEN- UND SCHULBESUCH

	VON - BIS	ADRESSE DER EINRICHTUNG	PROBLEME (Z.B. ÄNGSTLICH, AGGRESSIV, UNKONZENTRIERT, LEISTUNGSSCHWIERIGKEITEN ETC.)	STÄRKEN (Z.B. KREATIV, KONZENTRIERT, SOZIAL AKTIV, HILFSBEREIT ETC.)
VORSCHULISCHE BETREUUNG/ KINDERGARTEN				
GRUNDSCHULE				
WEITERFÜHRENDE SCHULE				

AKTUELL BESUCHTE SCHULE/ EINRICHTUNG:

NAME UND ADRESSE:

ANSPRECHPARTNER (LEHRER/ ERZIEHER):

KLASSENSTUFE:

12) FREIZEIT/ LIFE-EVENTS/SEXUALITÄT

WIE VERBRINGT IHR KIND SEINE FREIZEIT? WELCHE HOBBIES HAT ES? BESTEHEN VEREINSMITGLIEDSCHAFTEN?

WIEVIEL ZEIT VERBRINGT IHR KIND DURCHSCHNITTlich VOR DEM FERNSEHER, PC, GAMEBOY, PLAYSTATION, WII ETC.?

FINDET IHR KIND SCHNELL KONTAKT ZU GLEICHALTRIGEN? WIE VIELE FREUNDE HAT ES?

ERNÄHRUNG (LIEBLINGSESSEN? AUFFÄLLIGKEITEN? ZU VIEL? ZU WENIG?)

WICHTIGE LEBENSEREIGNISSE (Z.B. TOD EINES ANGEHÖRIGEN, TRENNUNG, SCHWERE KRANKHEIT, KONTAKTABBRÜCHE)

SEXUALENTWICKLUNG (KIND AUFGEKLÄRT, BEGINN DER PUBERTÄT, VERHÜTUNG ETC.?)

13) BISHERIGE THERAPIEN/ UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE

	VON – BIS	WARUM	NAME UND KONTAKTDATEN DES ANSPRECHPARTNERS
KRANKENGYMNASTIK			
SPRACHTHERAPIE (LOGOÄDIE)			
ERGOTHERAPIE			
SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM (SPZ)			
PSYCHOTHERAPIE			
KINDER- UND JUGENDPSYCHIATER			
SCHULPSYCHOLOGISCHER DIENST			
ERZIEHUNGSBERATUNG			
JUGENDHILFE			
MEDIKAMENTE			
SONSTIGES:			

VIELEN DANK FÜR IHRE MÜHE UND GEDULD!