

Ausfülldatum: _____

Patient/in:

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Niederlassung: _____

Name d. Hauptversicherten: _____ KV Nr.: _____

Adresse des Hauptversicherten: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____ Tel.: _____

Adresse d. Kinderarztes: _____

Schule/Klasse: _____ Tel.: _____

Name d. Klassenlehrers/in: _____ Tel.: _____

Wer würde das Kind/den Jugendlichen hauptsächlich zur Behandlung begleiten?

Name: _____ Telefon: _____

Vorstellungsanlass / Beschwerden:

Vorbehandlungen, bisherige Maßnahmen und/oder aktuelle Therapien:

Wo haben Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter aufgrund der geschilderten Schwierigkeiten bisher vorgestellt (Zeitpunkt, Name, Adressen, Telefon, evtl. Medikamente; bei mehr als 3 Adressen als Anlage)?

Bitte bringen Sie evtl. Vorbefunde möglichst in Kopie zum Sprechstundentermin mit!

Anamnese-Fragebogen

Version: 03

Eltern:

Name d. Mutter: _____ Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Beruf d. Mutter: _____

Name d. Vaters : _____ Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Beruf d. Vaters: _____

Leben die Eltern getrennt? ja nein falls ja, seit wann? _____Neue/r Partner der Eltern: beide Mutter Vater keinerSorgerecht: beide Mutter Vater SonstigesGab es bereits Kontakte mit dem Jugendamt? ja nein

falls ja, Name des Ansprechpartners? _____

Das Kind lebt bei: Eltern Mutter Vater SonstigesKontakt zu getrennt lebenden Elternteil? ja nein falls ja, wie oft? _____**Geschwister (bitte Vorname, Alter und Patient/in in die Geschwisterreihe einfügen):**_____
_____**Freizeitverhalten:**

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

Hobbys/Vereine: _____

Hat Ihr Kind Freunde? _____ Wie viele? _____

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich

... vor dem Fernseher _____ Stunden pro Tag,

... mit „neuen Medien“ (Handy, Spielekonsolen, Internet) _____ Stunden pro Tag?

Wieviel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Kind täglich...

... bei den Hausaufgaben _____ Stunden pro Tag,

... vor dem Fernseher _____ Stunden pro Tag,

... mit gemeinsamen Aktivitäten (Sport, Lesen, Spielen) _____ Stunden pro Tag?

Besonderheiten in Entwicklung/Erziehung, unübliche Kinderkrankheiten etc.:

Auffälligkeiten oder Belastungen während der Schwangerschaft?

Geburt:

In der wievielten Schwangerschaftswoche? _____

Geburtsgewicht in g: _____

Größe in cm: _____

Komplikationen: _____

Gestillt? Wenn ja, wie lange? _____

Frühkindliche Entwicklung:

Neugeborenenphase (Stillen, Schlafverhalten, Temperament):

Freies Laufen mit _____ Monaten

Erste Worte mit _____ Monaten

Erste Sätze mit _____ Monaten

Sprachstörungen? _____

Sauber tagsüber _____

nachts _____

Trocken tagsüber _____

nachts _____

Kindergarten:

Eintritt mit _____ Jahren

Gerne gegangen? _____ Regelmäßig? _____

Eingewöhnungsschwierigkeiten/Auffälligkeiten? _____

Schule (Bitte Zeugniskopien zum nächsten Gespräch mitbringen):

Einschulung mit _____ Jahren

Eingewöhnungsschwierigkeiten? _____

Schulische Leistungen: _____

Klasse wiederholt? _____

Hausaufgaben: _____

Familienbeziehungen:

Bestimmte Probleme mit Mutter: _____

Bestimmte Probleme mit Vater: _____

Bestimmte Schwierigkeiten mit Geschwistern: _____

Familiäre Belastungen:

Finanzielle, psych. & med. Erkrankungen von Familienmitgliedern, Todesfälle, etc.:

Vegetative Anamnese:

Aktuelle Größe: _____ Aktuelles Gewicht.: _____

Appetit: gut wenig zu viel unregelmäßig EssattackenNehmen Sie gemeinsam Mahlzeiten ein? ja nein falls ja, welche? _____Schlaf: gut wenig zu viel im Bett der Eltern
 Durchschlafstörungen EinschlafstörungenSuchtmittel: Alkohol Nikotin sonstige DrogenVerletzt sich Ihr Kind selbst? ja nein

falls ja, womit und wie häufig? _____

Gibt es weitere Informationen, die für eine Behandlung wichtig wären?

- Herzlichen Dank für Ihre Mühe! -