

## Anamnese-Fragebogen

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

### Patient/in:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Schule/Klasse: \_\_\_\_\_ Name d. Klassenlehrers/in: \_\_\_\_\_

### Eltern:

Name d. Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf d. Mutter: \_\_\_\_\_

Name d. Vaters: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf d. Vaters: \_\_\_\_\_

Sorgerecht: beide Eltern  Vater  Mutter  andere  \_\_\_\_\_

Leben die Eltern getrennt? · nein · ja falls ja, seit wann?

### Geschwister (bitte Vorname und Alter angeben):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Besonderheiten in Entwicklung/Erziehung, Krankheiten etc.:

### Vorstellungsanlass:

### Vorbehandlungen und bisherige Maßnahmen:

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: bitte notieren sie die Daten und Auffälligkeiten:**

Neugeborenenphase (Stillen, Schlafverhalten, Temperament): \_\_\_\_\_

Sprechen: \_\_\_\_\_, Laufen: \_\_\_\_\_, Sauberkeitsentwicklung: \_\_\_\_\_

Körperliche Störungen? Körperliche Auffälligkeiten/Erkrankungen? \_\_\_\_\_

**Kindergarten:**

Eintritt mit Jahren \_\_\_\_\_ Gerne gegangen? Regelmäßig? \_\_\_\_\_

Eingewöhnungsschwierigkeiten/Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

**Schule:**

Einschulung mit Jahren \_\_\_\_\_ Eingewöhnungsschwierigkeiten? \_\_\_\_\_

Aktuelle Schulische Leistungen: \_\_\_\_\_

Klasse wiederholt? ja · welche: \_\_\_\_\_ nein ·

**Familienbeziehungen:**

Bestimmte Probleme mit Mutter: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestimmte Probleme mit Vater: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bestimmte Schwierigkeiten mit Geschwistern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Familiäre Belastungen:**

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

**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, vor dem PC \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag, mit der Spielkonsole \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag, am Smartphone \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag?