



Anamnese Terminservicestelle

Vor-, Nachname des*der Patient*in:

Geburtsdatum:

Alter:

Aus welchen Gründen stellen Sie sich in unserer Praxis vor?

Aktuelles Helfersystem:

Haus-/Kinderärzt*in:	Jugendamt und Ansprechpartner*in, Familienhelfer*in, Vormünd*in, etc.)
Vorbehandelnde Psychotherapeut*in oder Psychiater*in:	Sonstige:

Vorbehandlungen (Psychotherapie, Lerntherapie, Logopädie, Ergotherapie, Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Jugendhilfe, etc.):

Von-Bis	Maßnahme	Grund der Behandlung



Entwicklungsgeschichte

Besonderheiten während der Schwangerschaft und Geburt:

Motorische Entwicklung:

unauffällig

Besonderheiten:

Sprachentwicklung:

unauffällig

Besonderheiten:

Sauberkeitsentwicklung:

Tagsüber trocken mit: _____ Nachts trocken mit: _____

Kindergarten und Schule

Besuchte ihr Kind eine Tagesmutter/Tagesstätte/Krippe? nein
 ja, im Altern von: _____

Kindergarten mit _____ Jahren

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten: _____



Einschulung mit ____ Jahren

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten in der Grundschule: _____

Weiterführende Schule: _____

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten: _____

Aktuelle Schule und Klasse:

ganztags halbtags

Klassenlehrer/in:

Übersicht Schullaufbahn	
Klasse (von...bis)	Schule

Aktuelle Leistungen: _____



Somatische Anamnese

Welche Medikamente nimmt ihr Kind regelmäßig ein? _____

Welche körperlichen Begleiterkrankungen hat ihr Kind? _____

Wie schläft ihr Kind derzeit? _____
(Ein-, Durchschlafstörungen, Albträume)

Wie isst ihr Kind derzeit? _____

Suchtanamnese

Mein Kind konsumiert folgende Substanzen:

Alkohol, Häufigkeit: _____ Cannabis, Häufigkeit: _____

Zigaretten, Häufigkeit: _____ Andere: _____

Sozialanamnese

Welche Hobbies, Interessen, Vereine verfolgt ihr Kind?

Wie schätzen Sie den Freundeskreis ihres Kindes ein?

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind vor Bildschirmen? Womit beschäftigt es sich dort? Welche Regeln diesbezüglich gelten dabei?



Familienanamnese

Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
Beruf	Beruf
<input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit
Ausbildung	Ausbildung
Sonstiges:	Sonstiges:

Stief-/Adoptivmutter	Stief-/Adoptivvater
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
Beruf	Beruf
<input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit	<input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit
Ausbildung	Ausbildung
Sonstiges:	Sonstiges:

Geschwister (Name, Alter, Tätigkeit).:



Welche schweren körperlichen Erkrankungen gibt es in ihrer Familie?

Welche (diagnostizierten oder nur vermuteten) psychischen Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? Denken sie hierbei auch an blutsverwandte Tanten, Onkel, Großeltern, etc.)

Welche bisher noch nicht erfragten Aspekte oder Details halten Sie noch für wichtig?

Vielen Dank für ihre Mitarbeit!

Bitte bringen Sie diesen Bogen mit zu unserem Gesprächstermin.