



Anamnese

Vor-, Nachname des*der Patient*in:

Geburtsdatum:

Alter:

Aus welchen Gründen stellen Sie sich in meiner Praxis vor? Weshalb gerade zu diesem Zeitpunkt?

Was haben Sie bisher schon zur Lösung unternommen?

Wie denkt ihr Kind über eine Therapie?

Was wünschen Sie sich von einer Therapie? Welche drei Ziele sind für Sie besonders wichtig?

-
-
-

Bitte geben sie Seite 2 ihrem Kind und füllen sie auf Seite 3 weiter aus!



Hallo!

Mit dieser Seite möchte ich dir schon einmal die Möglichkeit geben, dir bereits Gedanken zu unserem Kennenlerngespräch zu machen und möchte dich bitten, sie möglichst offen und ehrlich auszufüllen. Wenn du möchtest, kannst du die deinen Eltern geben, damit sie nicht verloren geht, oder du behältst sie selbst, und bringst sie zum Termin mit. Wenn du möchtest, dass bestimmte Informationen nicht im Erstgespräch besprochen werden, dann schreib diese bitte mit einem *ROTEN STIFT!* Danke und bis bald! **Benjamin Heß**

Warum kommst du zu mir in die Praxis?

Warum möchten deine Eltern, dass ihr in meine Praxis kommt?

Welche Schulnoten würdest du den folgenden Bereichen in der letzten Zeit geben?

(1= sehr gut, 6=sehr schlecht)

Schule: _____

Zuhause & Familie: _____

Freunde: _____

Deine Stimmung & deine Gefühle: _____

Was läuft gut in deinem Leben und deinem Alltag?

Wo schöpft du Kraft und positive Energie?

Was erwartest du von der Therapie?



Aktuelles Helfersystem:

Haus-/Kinderärzt*in:	Falls involviert: 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	Einrichtung/Praxis	Grund der Behandlung

Entwicklung

Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Vorhergehende Fehlgeburten: _____

erwünschte/geplante Schwangerschaft ja nein



regelmäßiger Konsum während der Schwangerschaft:

Alkohol, Menge: _____

Nikotin, Menge: _____

Anderes, Menge: _____

regelmäßige Medikamente: _____

Geburt

Schwangerschaftswoche: _____

Modus (Spontangeburt, Kaiserschnitt, etc.): _____

Gewicht: _____

Körperlänge: _____

Kopfumfang: _____

APGAR-Score: ____ / ____ / ____

Interventionen (PDA, Saugglocke, etc.):

Besonderheiten in der Neugeborenenperiode:

Stillen: ja, bis _____

nein, weil: _____

Entwicklung

Motorische Entwicklung:

Krabbeln mit: _____

Freies Laufen mit: _____

Sprachentwicklung:

Erste Worte (außer Mama/Papa) mit: _____

3-Wort-Sätze mit: _____

Sauberkeitsentwicklung:

Tagsüber trocken mit: _____

Nachts trocken mit: _____

Bei Einnässen: Gab es Zeiträume von mehr als 14 Tagen in denen Trockenheit auftrat und wie lange waren diese?



Bei Einkoten: Gab es Zeiträume von mehr als 14 Tagen in denen Sauberkeit auftrat und wie lange waren diese?

Weitere Besonderheiten zwischen 0 und 3 Jahren:

Kindergarten und Schule

Besuchte ihr Kind eine Tagesmutter/Kinderkrippe?

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, Alpträume)

Wie isst ihr Kind derzeit? _____

Wann trat bei ihrer Tochter die erste Periode (Menarche) auf? _____

Operationen und/oder längere Krankenhausaufenthalte ihres Kindes:

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
Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?	Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?
Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:	Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:



Stief-/Pflege-/Adoptivmutter	Stief-/Pflege-/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
Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?	Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?
Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:	Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:

Geschwister d. Kindes (Name, Alter, Tätigkeit). Bitte beschreiben Sie die Beziehungen untereinander:

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 Erstgesprächstermin.