



## 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 schöpfst 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, Albträume)

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**

<b>Leibliche Mutter</b>	<b>Leiblicher Vater</b>
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:



<b>Stief-/Pflege-/Adoptivmutter</b>	<b>Stief-/Pflege-/Adoptivvater</b>
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.**