



## **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.):

<b>Von-Bis</b>	<b>Maßnahme</b>	<b>Grund der Behandlung</b>



**Entwicklungsgeschichte:**

**Schwangerschaft und Geburt:**

- unauffällig
- geplanter Kaiserschnitt
- Notkaiserschnitt
- Sonstige:
- Einleitung
- Saugglocke, Geburtszange, etc.
- Belastende Geburtserfahrungen

**Motorische Entwicklung:**

- unauffällig
- Besonderheiten:

**Sprachentwicklung:**

- unauffällig
- Besonderheiten:

**Sauberkeitsentwicklung:**

- unauffällig
- Einnässen:       tagsüber       nachts
- Einkoten:       tagsüber       nachts

**Kindergarten und Schule**

Besuchte eine Krippe/Tagesmutter:  nein       ja, mit \_\_\_\_ Jahren

Kindergarten mit \_\_\_\_ Jahren       halbtags       ganztags

Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rückzug/Traurigkeit
<input type="checkbox"/> wenige/keine Freundschaften	<input type="checkbox"/> Ängste: _____
<input type="checkbox"/> Konflikte/körperliche Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Trennung
<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> sprunghaftes Spielverhalten	

Einschulung mit \_\_\_\_ Jahren       halbtags       ganztags



Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rückzug/Traurigkeit
<input type="checkbox"/> wenige/keine Freundschaften	<input type="checkbox"/> Ängste: _____
<input type="checkbox"/> Konflikte/körperliche Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Trennung
<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> Schulverweigerung
<input type="checkbox"/> Probleme beim Lesen oder Schreiben	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Probleme beim Rechnen	

Weiterführende Schule: \_\_\_\_\_

Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Rückzug/Traurigkeit
<input type="checkbox"/> wenige/keine Freundschaften	<input type="checkbox"/> Ängste: _____
<input type="checkbox"/> Konflikte/körperliche Auseinandersetzungen	<input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei der Trennung
<input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> Schulverweigerung
<input type="checkbox"/> Probleme beim Lesen oder Schreiben	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Probleme beim Rechnen	

Aktuelle Schule und Klasse:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[ ] ganztags [ ] halbtags

Übersicht Schullaufbahn	
Klasse (von...bis)	Schule

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



**Somatische Anamnese**

Aktuelle Medikamente:  keine : \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen:  keine : \_\_\_\_\_

Schlaf:  unauffällig  Ein-/ Durchschlafschwierigkeiten  Alpträume

Appetit/Essen:  unauffällig  vermindert  gesteigert

**Suchtanamnese**

Mein Kind konsumiert folgende Substanzen:

keine  Alkohol  Cannabis  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Sozialanamnese**

Welche Hobbies, Interessen, Vereine verfolgt ihr Kind?

\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie den Freundeskreis ihres Kindes ein?

\_\_\_\_\_

**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
Sonstiges:	Sonstiges:



<b>Stief-/Adoptivmutter</b>	<b>Stief-/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
Sonstiges:	Sonstiges:

Geschwister (Name, Alter, Tätigkeit):

---

---

---

Körperliche und psychische Erkrankungen in der Familie:

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine bekannt | <input type="checkbox"/> Zwänge                   | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                |
| <input type="checkbox"/> ADHS          | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen | <input type="checkbox"/> Störung d. Schilddrüsenfunktion |
| <input type="checkbox"/> Depression    | <input type="checkbox"/> Suizide                  | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen               |
| <input type="checkbox"/> Ängste        | <input type="checkbox"/> Autismus                 | <input type="checkbox"/> Sonstige                        |

**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.**