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:

Schwangerschaft und Geburt:

☐ unauffällig
☐ geplanter Kaiserschnitt
☐ Notkaiserschnitt
☐ Einleitung
☐ Saugglocke, Geburtszange, etc.
☐ Belastende Geburtserfahrungen

☐ Sonstige:

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:

☐ keine ☐ wenige/keine Freundschaften ☐ Konflikte/körperliche Auseinandersetzungen ☐ Konzentrationsprobleme ☐sprunghaftes Spielverhalten	☐ Rückzug/Traurigkeit ☐ Ängste: _____ ☐ Schwierigkeiten bei der Trennung ☐ Sonstiges:

Einschulung mit ____ Jahren ☐ halbtags ☐ ganztags

Besonderheiten:

☐ keine	☐ Rückzug/Traurigkeit
☐ wenige/keine Freundschaften	☐ Ängste:_____
☐ Konflikte/körperliche Auseinandersetzungen	☐ Schwierigkeiten bei der Trennung
☐ Konzentrationsprobleme	☐ Schulverweigerung
☐ Probleme beim Lesen oder Schreiben	☐ Sonstiges:
☐ Probleme beim Rechnen	

Weiterführende Schule: _____

Besonderheiten:

☐ keine	☐ Rückzug/Traurigkeit
☐ wenige/keine Freundschaften	☐ Ängste:_____
☐ Konflikte/körperliche Auseinandersetzungen	☐ Schwierigkeiten bei der Trennung
☐ Konzentrationsprobleme	☐ Schulverweigerung
☐ Probleme beim Lesen oder Schreiben	☐ Sonstiges:
☐ 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 ☐ Albträume

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

Leibliche Mutter	**Leiblicher Vater**
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
Beruf □ Teilzeit, ….h/Woche □ Vollzeit	Beruf □ Teilzeit, ….h/Woche □ Vollzeit
Sonstiges:	Sonstiges:

Stief-/Adoptivmutter	**Stief-/Adoptivvater**
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
Beruf □ Teilzeit, ….h/Woche □ Vollzeit	Beruf □ Teilzeit, ….h/Woche □ Vollzeit
Sonstiges:	Sonstiges:

Geschwister (Name, Alter, Tätigkeit).:

_____

_____

_____

Körperliche und psychische Erkrankungen in der Familie:

☐ keine bekannt	☐ Zwänge	☐ Herzerkrankungen
☐ ADHS	☐ Persönlichkeitsstörungen	☐ Störung d. Schilddrüsenfunktion
☐ Depression	☐ Suizide	☐ Krebserkrankungen
☐ Ängste	☐ Autismus	☐ 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.

Praxis für Psychotherapie Heß
Fingerhutsgasse 1 · 67256 Weisenheim am Sand
Tel: 06353/9581434 · Fax: 06353/9581435
http://www.psychotherapiehess.de · praxis@psychotherapiehess.de