



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
- 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

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
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
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.