



**Psychotherapeutische Praxis
Sabine Hackelbörger**

Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Schnieglinger Str. 187
90427 Nürnberg
Telefon: 0911-958 90 40
Telefax: 0911 – 958 90 38
E-Mail: sh@praxis-hackelboerger.de
www.praxis-hackelboerger.de

Anamnesebogen Kinder und Jugendliche

Liebe Patientenmutter, lieber Patientenvater,

bitte haben Sie Verständnis dafür, dass ich mit einem Fragebogen auf Sie zukomme:
Zur Durchführung der Therapie und zur Einleitung des Antragsverfahrens für die Psychotherapie bei der
Krankenkasse benötige ich die Informationen aus dem folgenden Fragebogen.

Der ausgefüllte Fragebogen und alle Informationen verbleiben bei mir in der Praxis bzw. in der
Patientenakte und werden **nicht** an die Krankenkasse weitergeleitet.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gut leserlich aus. Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht,
benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt Papier. Wenn Sie Fragen haben oder Punkte des
Fragebogens unklar sind, wenden Sie sich bitte einfach an mich!

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Familisituation

Angaben zur Familie:

Name, Vorname der Mutter: geboren am:

Adresse, falls abweichend vom Kind:

Staatsangehörigkeit: Schulabschluss:

erlernter Beruf: aktuell tätig als:

Name, Vorname des Vaters: geboren am:

Adresse, falls abweichend vom Kind:

Staatsangehörigkeit: Schulabschluss:

erlernter Beruf: aktuell tätig als:

Geschwister des Kindes

Vorname: geboren am Schultyp/-klasse:

Bitte geben Sie zusätzlich an, ob es sich um leibliche Geschwister des Kindes handelt oder ob es sich um Geschwister aus anderen Beziehungen der Mutter oder des Vaters handelt)

Vorname: aus der Beziehung der Mutter/des Vaters mit.....

Vorname: aus der Beziehung der Mutter/des Vaters mit.....

Vorname: aus der Beziehung der Mutter/des Vaters mit.....

Vorname: aus der Beziehung der Mutter/des Vaters mit.....

Die Kinder leben bei:

Sonstige im Haushalt lebende Personen:

Eigenschaften der Mutter:

.....

.....

.....

Eigenschaften des Vaters.....

.....

.....

.....

Eigenschaften der Geschwister

.....

.....

.....

.....

.....

Angaben zum Kind:

Vorname: geboren am:

Familienname: Geschlecht männlich
 weiblich

Straße: Wohnort:

Telefon/ Mobil:

Staatsangehörigkeit: Geburtsort:

gesetzlicher Vertreter:

Krankenkasse bzw. Krankenversicherung:

Versichertennummer des Kindes:

Versichertennummer des Hauptversicherten (Vater/Mutter):

Vollständige Adresse:

.....

Telefon: Kind ist versichert über:

Kinderarzt/überweisender Arzt (Adresse & Telefonnummer):

.....
.....
.....

Grund der Anmeldung/Vorstellungsanlass/konkrete Probleme:

.....
.....
.....
.....

Bei wem lebt das Kind? bei den Eltern Mutter Vater andere

Wer hat das Sorgerecht? beide Eltern Mutter Vater andere

Neue Partnerschaft der Mutter seit

mit

Neue Partnerschaft des Vaters seit

mit

Name der Sorgeberechtigten (falls abweichend):.....

Kulturelle Besonderheiten?

Wird in Ihrer Familie eine andere Sprache als Deutsch gesprochen?

.....

Wie würden Sie selbst Ihren Erziehungsstil beschreiben? (z.B. streng, nachgiebig, verwöhnend, beschützend, etc....)

Mutter:

Vater:

Welche Position hat Ihr Kind in der Familie?

.....
.....
.....

Diese Sorgen um mein Kind und seine Probleme möchte ich geklärt haben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Diese Probleme bestehen seit:

Ich erwarte folgende Hilfe:

Untersuchung/ Abklärung Beratung Therapie

Initiative/ Empfehlung zur Vorstellung erfolgte durch:

Mein Kind wurde wegen seiner Probleme bereits untersucht:

ja, bei (1) im Jahr:
(2) im Jahr:
(3) im Jahr:
 nein

Was haben Sie außerdem bereits unternommen:

.....
.....

Mein Kind hat bereits besondere Förderungen erhalten (bitte geben Sie den Zeitpunkt der Förderung an)

ja, und zwar Krankengymnastik Ergotherapie
 Heilpädagogik Sprachtherapie
 pädagogische Frühförderung
 Lerninstitut/ Hausaufgabenbetreuung
 andere:

bei: Zeitpunkt & Dauer:

nein

Aktuell bekommen mein Kind und ich noch aktive Hilfe:

- ja, von Arzt Beratungsstelle
 Jugendamt andere:
- nein

Angaben zur Schwangerschaft:

Es gab Komplikationen / besondere Belastungen in der Schwangerschaft mit dem Kind:

- ja, und zwar Blutungen Infektionen schweres Erbrechen
 Bluthochdruck vorzeitige Wehen Unfälle/ Operationen
 seelische Belastungen
 Medikamente Name der Arznei:
 Alkohol
 Zigaretten
 andere Drogen Name: Dauer:
- nein

Weitere Angaben zur Schwangerschaft und deren Verlauf:

.....
.....
.....
.....

Die Schwangerschaft dauerte bis zum errechneten Termin:

- ja nein, verfrüht um Wochen
 nein, verspätet um Wochen

In der Familiengeschichte gab es Fehlgeburten oder Totgeburten:

- ja, (1) im Schwangerschaftsmonat: im Jahr:
(2) im Schwangerschaftsmonat: im Jahr:
 nein

Angaben zur Geburt:

Die Geburt erfolgte: im Krankenhaus zu Hause

Es gab bei der Geburt Schwierigkeiten:

- ja, und zwar Störung der kindlichen Herztöne Kaiserschnitt
 Beckenendlage Saugglocke Zange
 grünes Fruchtwasser besonders lange Geburt
 Mehrlingsgeburt
 andere:

Weitere Angaben zur Geburt:

.....
.....
.....
.....

Angaben zur Neugeborenenzzeit (erster Lebensmonat):

Es gab notwendige medizinische Maßnahmen:

- ja, und zwar:
 mit Krankenhausaufenthalt ohne Krankenhausaufenthalt
Dauer:
 nein

Erkrankungen und Auffälligkeiten:
.....

Dauer des Stillens:
.....

Besondere Belastungen in dieser Zeit:

.....
.....
.....
.....

Angaben zur frühen Entwicklung:

Trinkschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	häufiges Spucken	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Bewegungsarmut	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	auffällige Unruhe	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Anfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Schreckhaftigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Häufiges Schreien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Reduzierter Antrieb	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

selbstständiges Sitzen mit Monaten

erstes Wort mit Monaten

Krabbeln mit Monaten

Zweiwortsätze mit Monaten

selbstständiges Gehen mit Monaten

Dreiwortsätze mit Monaten

tagsüber trocken mit Jahren

tagsüber sauber mit Jahren

nachts trocken mit Jahren

nachts sauber mit Jahren

Angaben zur weiteren Entwicklung:

Besonderheiten und auffälliges Verhalten in der Entwicklung (z.B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen):

.....

.....

.....

Kindergartenbesuch

ja, vom bis zum Lebensjahr nein

Regelkindergarten ja nein, sondern

Es gab Probleme im Kindergarten nein ja,

Weitere Angaben zum Kindergartenbesuch:

.....

.....

.....

.....

Einschulung

Mein Kind wurde im Jahr mit Jahren eingeschult.

Zurückstellung von der Einschulung: ja, weil
 nein

Mein Kind hat eine schulvorbereitende Einrichtung besucht:

ja, weil nein

Name der Einrichtung:

Weitere Angaben zu Problemen bei der Einschulung:

.....
.....
.....
.....
.....

Schulbesuch

Mein Kind besucht aktuell die Klasse.

Name der Schule: , Ort:

Name der Klassenlehrerin/ des Klassenlehrers:

Schulform:

Grundschule Förder-/ Integrativklasse Sonderschule
 Hauptschule Realschule Gymnasium Berufsschule
 andere

schulische Stärken meines Kindes

schulische Schwächen meines Kindes.....

Weitere Angaben zum Schulbesuch (z.B. Probleme in der Schule, Schulwechsel):

.....
.....
.....
.....

Erkrankungen, Entwicklungsauffälligkeiten und deren Behandlungen

Es gab besondere Entwicklungsauffälligkeiten, (chronische) Erkrankungen/ Unfälle/ Operationen/ Anfallsleiden bei meinem Kind (bitte angeben welche Krankheit und in welchem Lebensjahr)

ja, und zwar (1)

(2)

(3)

nein

Es gab besondere Entwicklungsauffälligkeiten, (chronische) Erkrankungen/ Unfälle/Operationen/ Anfallsleiden in unserer Familie (bitte angeben welche Krankheit bei welchem Familienangehörigen)

ja, und zwar (1)

(2)

(3)

nein

Nimmt/nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?:

ja Name des Medikaments:

Einnahme erfolgt seit:

Dosierung:

nein

Freizeit

Was spielt Ihr Kind gerne?

.....
.....
.....
.....

Wie viele Freunde hat Ihr Kind? 1 – 2 3 – 5 mehr als 5

Wie oft pro Woche trifft Ihr Kind Freunde außerhalb der Schule?

1 – 2 mal 3 mal mehr

Was spielt Ihr Kind mit Freunden?

.....
.....
.....
.....

Wie verhält sich Ihr Kind in Gruppen, mit Gleichaltrigen, Freunden?

.....
.....
.....
.....

Wieviel Spielzeit haben Sie mit Ihrem Kind ca. pro Woche?

Mutter Std. Vater: Std.

Was spielen oder unternehmen Sie mit ihrem Kind gerne?

Fähigkeiten, Starke Seiten, Kraftquellen Ihres Kindes:

.....
.....
.....
.....

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?

.....
.....
.....
.....
.....

Was kann Ihr Kind gut?

.....
.....
.....
.....
.....

Welche Hobbys hat ihr Kind?

.....
.....
.....
.....
.....

Welchen Sport macht Ihr Kind?

.....
.....
.....

Wie oft pro Woche?

1 – 2 mal 3 mal mehr

Gibt/ gab es besonders belastende Ereignisse in Ihrem /dem Leben Ihres Kindes?

.....
.....
.....
.....

Hat sich Ihr Kind irgendwann stark verändert? Gab es sichtbare Anlässe dazu?

.....

.....

.....

.....

Was soll sich Ihrer Meinung nach ändern ... bei Ihrem Kind?

.....

.....

.....

.....

... in Ihrer Familie?

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!