



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!

Familiensituation

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:

Vorname: geboren am Schultyp/-klasse:

Vorname: geboren am Schultyp/-klasse:

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?

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

[illegible]

Ich erwarte folgende Hilfe:

.....

.....

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
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Störung der kindlichen Herztöne | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Beckenendlage | <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zange |
| <input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser | <input type="checkbox"/> besonders lange Geburt |
| <input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt | |
| <input type="checkbox"/> andere: | |

Weitere Angaben zur Geburt:

.....

.....

.....

.....

Angaben zur Neugeborenenzeit (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!