

Anamnesebogen zu Kind und Familie

Kind

Heutiges Datum: _____ Tel.-Nr.: _____

Vor- Nachname. _____ Email: _____

Geb.-Datum (Kind): _____ Hauptversicherter: _____

Straße/Nr. (Kind): _____ Geb.Datum (Hauptvers.): _____

PLZ/Ort (Kind): _____ Versicherungsnr. (Hauptvers.): _____

Telefonnummer (Kind): _____ Kinderarzt: _____

Hat der Kinderarzt Sie zu mir geschickt? Ja Nein

Wer ist sorgeberechtigt?

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Bei **getrennt** lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name, Adresse, Telefonnummer des anderen sorgeberechtigten Elternteils

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon)

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei einem Elternteil/Vormund:

Nur das Gesundheitssorgerecht liegt bei einem Elternteil/Vormund:

Daten zur Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war dieses Kind? _____

Falls Erbrechen während der Schwangerschaft auftrat, bitte ich Sie die betreffenden Monate anzukreuzen: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Falls Blutungen während der Schwangerschaft auftraten, kreuzen Sie bitte die entsprechenden Monate an: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Traten während der Schwangerschaft Krankheiten, wie schwere fieberhafte Erkrankungen oder Unfälle auf? o Ja o Nein

Wenn „Ja“, in welchem Monat? (Bitte beschreiben)

Wurde während der Schwangerschaft eine Toxoplasmose festgestellt? o Ja o Nein
ein Cytomegalie-Virus festgestellt? o Ja o Nein

Litten Sie während der Schwangerschaft an Zuckerkrankheiten? o Ja o Nein

Traten während der Schwangerschaft erhöhter Blutdruck, Eiweiß im Urin oder Wasseransammlungen im Körper auf? o Ja o Nein

Mussten Sie während der Schwangerschaft Medikamente einnehmen? o Ja o Nein

Wenn „Ja“, welche in welchem Monat? (Bitte beschreiben)

Wie viele Zigaretten rauchten Sie durchschnittlich pro Tag während der Schwangerschaft?

o keine o 1-5 o 6-10 o 11-15 o 16-20 o 21 und mehr

Wie viel Alkohol tranken Sie während der Schwangerschaft?

o keinen o ab und zu bei festlichen Anlässen

o regelmäßig in kleinen Mengen(Höchstens 1 Glas/Tag) o mehr als 1 Glas/Tag

Geburt

In welcher Klinik wurde das Kind geboren? _____

Abweichung vom errechneten Termin: _____(Angaben in Tagen)

Geburtsgewicht: _____g

Geburtslänge: _____cm

Komplikationen wie Herztonabfall/Sauerstoffmangel/Isolette o Ja o Nein

Wenn „Ja“ welche? _____

Besondere Lage/Eingriffe wie Vakuum, Zange, Kaiserschnitt etc.: Ja Nein

Wenn „Ja“ welche? _____

Setzte die Atmung des Kindes sofort nach der Geburt ein (1.Schrei)? Ja Nein

Stillzeit

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein

Wie lange haben Sie Ihr Kind nur brustgestillt? _____ Monate

Wie lange teilweise? _____ Monate

Lag eine Trinkschwäche vor? Ja Nein

1. Lebensjahr des Kindes

Lagen bei Ihrem Kind im 1. Lebensjahr Ernährungsschwierigkeiten vor? Ja Nein

Litt Ihr Kind an Bauchkoliken/Nahrungsunverträglichkeiten? Ja Nein

Hat Ihr Kind übermäßig viel geschrien? Ja Nein

Wann hat Ihr Kind einen Schlafrhythmus gefunden/durchgeschlafen?

Mit _____ Monaten

Traten bei Ihrem Kind Krämpfe auf (Fieberkrämpfe, Säuglingskrämpfe)? Ja Nein

Traten im 1. Lebensjahr schwere Erkrankungen oder Unfälle auf? Ja Nein

Frühkindliche Entwicklung

Ihr Kind konnte alleine sitzen mit _____ Monaten

Ihr Kind konnte alleine stehen mit _____ Monaten

Ihr Kind konnte alleine gehen mit _____ Monaten

Ihr Kind sprach die ersten Worte (z.B. Mama, Papa) mit _____ Monaten

Ihr Kind sprach die ersten Zweiwortsätze (z.B. Mama trinken) mit _____ Monaten

Gab es Sprachauffälligkeiten? Ja Nein

Wenn „Ja“ welche? _____

Ihr Kind hat

Tagsüber nicht mehr eingenässt mit _____ Monaten

Tagsüber nicht mehr eingekotet mit _____ Monaten

Über Nacht nicht mehr eingenässt mit _____ Monaten

Über Nacht nicht mehr eingekotet mit _____ Monaten

Temperament und Verhalten

Bitte beurteilen Sie die folgenden Merkmale Ihres Kindes in den ersten drei bis vier Lebensjahren

Motorisch unruhig, immer in Bewegung Ja Nein

Ausgesprochen ruhig und bewegungsarm Ja Nein

Motorisch ungeschickt, verletzte sich häufig Ja Nein

Trotzanfälle Ja Nein

Schüchtern, unsicher, ängstlich Ja Nein

Unselbstständig, suchte viel die Nähe der Mutter/des Vaters Ja Nein

Trennungsschwierigkeiten Ja Nein

Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig Ja Nein

Kaum alleine gespielt, musste immer angeleitet werden Ja Nein

Eifersüchtig Ja Nein

Ernährungsprobleme Ja Nein

Einschlafschwierigkeiten Ja Nein

Durchschlafschwierigkeiten, nachts viel geschrien Ja Nein

Hatte Ihr Kind spezielle Interessen? Ja Nein

Wenn „Ja“ welche? _____

Andere Auffälligkeiten? _____

Hatte Ihr Kind schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen? Ja Nein

Wenn „Ja“ welche? _____

Kindergartenalter

Besuchte Ihr Kind eine Spielgruppe? Ja Nein

Im Alter von _____ bis _____ Jahre

Häufigkeit? _____ mal _____ Stunden pro Woche

Ging Ihr Kind gerne in die Spielgruppe? Ja Nein

Gab es Auffälligkeiten im Verhalten? Ja Nein
Wenn „Ja“ welche? _____

Eintritt in den Kindergarten mit _____ Jahren

Ende des Kindergartenbesuchs mit _____ Jahren

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Ja Nein

Besuchte Ihr Kind regelmäßig den Kindergarten? Ja Nein

Hatte Ihr Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten? Ja Nein

Wurden von den Kindergärtnerinnen oder von Ihnen
Verhaltensauffälligkeiten im Kindergarten beobachtet? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche? _____

Schulalter

Wurde die Einschulung Ihres Kindes zurückgestellt? Ja Nein

Die Einschulung des Kindes erfolgte mit _____ Jahren

In die Regelklasse Einschulungsklasse

Hatte Ihr Kind bei der Einschulung starke
Eingewöhnungsschwierigkeiten? Ja Nein

Besuchte Ihr Kind Sonderklassen oder Spezialschulen? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche? _____

Ihr Kind befindet sich jetzt in der _____ Klasse
_____ Sonderklasse
_____ Regelklasse

Ort und Name der Schule und des Klassenlehrers:

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche? _____ Klasse

Hat Ihr Kind eine Klasse übersprungen? Ja Nein

Wenn „Ja“, welche? _____ Klasse

Im Freien spielt oder beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten mit _____

Ihr Kind betreibt folgende Hobbies: _____

Ihr Kind ist lieber

Mit sich alleine Ja Nein

Mit gleichaltrigen Kindern zusammen Ja Nein

Mit jüngeren Kindern zusammen Ja Nein

Mit älteren Kindern zusammen Ja Nein

Ihr Kind wird von anderen Kindern deutlich abgelehnt Ja Nein

Wenn „Ja“, warum? _____

Ihr Kind lehnt von sich aus einige Spiel- und Schulkameraden deutlich ab? Ja Nein

Wenn „Ja“, warum? _____

Wie häufig bringt Ihr Kind Freunde mit nachhause?

alle 1-2 Tage 1-2 mal/Woche 1-2 mal/Monat fast nie

Hat Ihr Kind einen oder mehrere feste Freunde? Ja Nein

Gewinnt Ihr Kind leicht Freunde? Ja Nein

Medienkonsum

Hierzu zählt: Fernsehen, Internet, Computer, Tabletcomputer, Smartphone, Handy, Playstation, Nintendo, X-Box, Wii und alle anderen elektronischen Medien

Wie viele Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

_____ Stunden pro Tag an Schultagen

_____ Stunden pro Tag an schulfreien Tagen

Familie

Mutter

Name _____ geb. am _____

Schul- und Berufsausbildung _____

Jetziger Beruf _____

Vollzeit- oder Teilzeitarbeitstätig _____

Religionszugehörigkeit _____

Vater

Name _____ geb. am _____

Schul- und Berufsausbildung _____

Jetziger Beruf _____

Vollzeit- oder Teilzeitarbeitstätig _____

Religionszugehörigkeit _____

Wer betreut während der Arbeitstätigkeit der Eltern Ihr Kind? _____

Familienstand

Sind Sie o verheiratet o unverheiratet o zusammen lebend

 o getrennt lebend o wiederverheiratet o verwitwet

Datum der Eheschließung _____ Datum der Trennung _____

Erkrankungen in der Familie

Welche körperlichen und psychischen Erkrankungen traten in der Familie und bei Ihnen selbst auf? _____

Geschwister Ihres Kindes

	Vorname	Geb. Datum	Schulart	Abweichungen im Schulverlauf
1. Kind	_____	_____	_____	_____
2. Kind	_____	_____	_____	_____
3. Kind	_____	_____	_____	_____
4. Kind	_____	_____	_____	_____

Welche Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen traten bei den Geschwistern Ihre Kindes auf? _____

Wohnsituation

Wie wohnen Sie? (Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus,.....) _____

Hat das Kind sein eigenes Zimmer? Ja Nein

Wohnen Sie in einer kinderfreundlichen Umgebung? Ja Nein

Besteht Kontakt zu den Großeltern? Ja Nein

Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt? Ja Nein

Wenn „Ja“, wie? (Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe) _____

Weitere therapeutische Maßnahmen

Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpflegerischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden? Ja Nein

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Der Mutter Ja Nein

Dem Vater Ja Nein

Beiden Eltern Ja Nein

Anderer Person Ja Nein

Datum

Unterschrift