

Anamnesebogen

In diesem Fragebogen möchte ich mehr über die Geschichte meiner Patient/innen erfahren. Familiäre Hintergründe, schulische Laufbahn, Stärken und Schwierigkeiten helfen mir, ein umfassendes Bild zu erhalten und die passende Behandlung zu planen.

Allgemeine Daten

Vor- und Nachname d. Patient/in:

Vorname

Nachname

Geburtsdatum:

30/12/2000

Geschlecht:

Wohnort:

Straße

0

-

Ort

Kontaktdaten d. Patient/in:

Emailadresse

Tel./ Handy Nr./Mail

Emailadresse

Kontaktdaten Bezugsperson:

Patient/in lebt bei:

ggf. sonstiger Wohnort

Welche Personen leben noch im Haushalt?

Wo schläft der/die Patient/in?
(Angaben zur Schlafsituation)

Ggf. Angaben zur Schlafsituation

Sorgerechtsregelung
(Angaben zur Sorgerecht)

ggf. Angaben zum Sorgerecht

Krankenversicherung

Krankenkasse

Ggf. Angaben zum Hauptversicherten

Vorname

17/06/2024

Vers.Nr. vom

Versichertennummer Patient

Behandelnde/r Hausarzt/in/ Kinderarzt/in

Straße

0

-

Ort

Schullaufbahn / Ausbildung

Ausbildung d. Patient/in

Klassenstufe

Name & Ort der Schule / des Kindergartens

Bisheriger Schulabschluss

Ggf. Art des Studiengangs / der Berufsausbildung

Klassenwiederholungen

Nein

Anzahl

0

Klassenwechsel

Nein

Anzahl

0

Schulische Leistungen

sehr gut

ggf. Fehlstunden im laufenden Schuljahr

0

Problemfächer, wenn vorhanden

Vorgeschichte

Angaben zur Schwangerschaft

unauffällig

Angaben zur Geburt

spontan

Säuglingsphase

Kind wurde gestillt

☐

Nein

☐

Ja, bis zum

Lebensmonat

Kind ließ Körperkontakt zu

☐

Nein

☐

Ja

☐

Weiß nicht

Kind ließ sich durch Körperkontakt beruhigen

☐

Nein

☐

Ja

☐

Weiß nicht

Kind vermied Blickkontakt

☐

Nein

☐

Ja

☐

Weiß nicht

Kind war leicht irritierbar

☐

Nein

☐

Ja

☐

Weiß nicht

Auffälligkeiten bei der Nahrungsaufnahme

☐

Nein

☐

Weiß nicht

☐

Ja Welche?

Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung:	Motorik	zeitgerecht	
	Sprache	zeitgerecht	
	Sauberkeit	zeitgerecht	
Ablösung (Kinderbetreuung)		Leicht eingewöhnt	

Familiärer Hintergrund

Beziehungsstatus der Eltern Mutter: Vater:

☐ liiert ☐ verheiratet seit

☐ getrennt/geschieden ☐ verwitwet seit

Erziehungsstile der Eltern

Gibt es nennenswerte körperliche und / oder psychische Erkrankungen in der (Ursprungs-) Familie?

Person	Art d. Erkrankung (en)	Verhältnis zum Patienten
Person	Art d. Erkrankung (en)	Verhältnis zum Patienten
Person	Art d. Erkrankung (en)	Verhältnis zum Patienten
Person	Art d. Erkrankung (en)	Verhältnis zum Patienten

Der Patient ist das Kind von insgesamt

Angaben zu Geschwistern

1.	Vorname Nachname	30/12/2000		
2.	Vorname Nachname	30/12/2000		
3.	Vorname Nachname	30/12/2000		
4.	Vorname Nachname	30/12/2000		
5.	Vorname Nachname	30/12/2000		

Ggf. weitere Geschwister

Gibt es religiöse oder ideologische Prägungen in ihrer Familie?

☐

Nein

☐

Weiß nicht

☐

Ja

Welche ?

Krankengeschichte & Hilfen

Medikation

Name Medikament	0mg / 0mg / 0mg	Einnahme seit	Einnahme bis
Name Medikament	0mg / 0mg / 0mg	Einnahme seit	Einnahme seit
Name Medikament	0mg / 0mg / 0mg	Einnahme seit	Einnahme seit
Name Medikament	0mg / 0mg / 0mg	Einnahme seit	Einnahme seit

Bisherige Hilfen – Behandlungen (Sprachtherapie, Frühförderung, Ergotherapie, Klinikbehandlungen, Psychotherapie, Kuren, etc.)

Institution/ Art d. Behandlung	Anlass d. Behandlung	Zeitraum d. Hilfe	Ergebnis d. Behandlung
Institution/ Art d. Behandlung	Anlass d. Behandlung	Zeitraum d. Hilfe	Ergebnis d. Behandlung
Institution/ Art d. Behandlung	Anlass d. Behandlung	Zeitraum d. Hilfe	Ergebnis d. Behandlung

Bisherige Hilfen – Unterstützung (Erziehungsberatung, Erziehungsbeistand, Familienhilfe, Heimerziehung, Pflegefamilie, etc.)

Institution/ Art d. Hilfe	Anlass d. Hilfe	Zeitraum d. Hilfe	Ergebnis d. Hilfe
Institution/ Art d. Hilfe	Anlass d. Hilfe	Zeitraum d. Hilfe	Ergebnis d. Hilfe
Institution/ Art d. Hilfe	Anlass d. Hilfe	Zeitraum d. Hilfe	Ergebnis d. Hilfe

Ressourcen & Freizeit

Freundschaften

Freizeitaktivitäten (Sport, Kunst, Musik, Jugendfeuerwehr, etc.)

- | | | |
|----|----------------------------|----------------------|
| 1. | Verein/ Gruppe / Tätigkeit | Häufigkeit pro Woche |
| 2. | Verein/ Gruppe / Tätigkeit | Häufigkeit pro Woche |
| 3. | Verein/ Gruppe / Tätigkeit | Häufigkeit pro Woche |

Ressourcen & Freizeit

Hobbys, Interessen, Stärken & Talente

Vorstellungsanlass & Symptome

Auffälligkeiten & Symptome

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Schulvermeidung | ☐ Konzentrationsprobleme | ☐ Impulsivität | ☐ soziale Ängste |
| ☐ Probleme mit Schulstoff | ☐ zurückgezogen | ☐ wenig Mut zu leben | ☐ wird geärgert |
| ☐ Selbstverletzendes Verhalten | ☐ traurig | ☐ aggressiv | ☐ häufig in Konflikte verwickelt |
| ☐ ängstlich | ☐ schüchtern | ☐ besorgt | ☐ nässt ein |
| ☐ auffälliges Essverhalten | ☐ merkwürdige Gedanken | ☐ merkwürdige Gewohnheiten | ☐ kotet ein |
| ☐ schläft schlecht | ☐ hört nicht | ☐ Geschwisterrivalität | |
| ☐ misstrauisch | ☐ führt Selbstgespräche | ☐ körperliche Beschwerden, ohne erkennbare Ursache | |

Beginn der Symptome

Vorstellungsanlass & Symptome

mögliche Auslöser für die Problematik

Wie reagieren Sie und die Umgebung Ihres Kindes auf dessen Beschwerden?

Was erwarten sie von einer psychotherapeutischen Behandlung?

- Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben. –