



Praxis Maik König
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Alramstr. 29
81371 München
Tel.: 089/200069580
E-Mail: info@kjpkoenig.de
Web: www.kjpkoenig.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte:r Patient:in,
ich möchte Ihr Anliegen besser verstehen. Daher bitte ich Sie diesen Fragebogen zu beantworten.

Wichtige Punkte können Sie markieren; Nichtzutreffendes streichen.

Sollte Ihnen der Platz für Antworten nicht ausreichen oder haben Sie noch etwas, dass Sie erwähnen möchten, so nutzen Sie bitte das Feld „Ergänzungen“ auf den Seiten 9 und 10.
Vielen Dank.

Allgemeine Angaben

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Nachname: _____

Geb.datum: _____

Anamnese

Aktuelle Körpergröße in cm: _____

Aktuelles Körpergewicht in kg: _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? _____

Seit wann? _____ Dosierung: _____

Liegt eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Diabetes) vor?

Wenn ja, welche? _____ Seit wann? _____

Gibt es Auffälligkeiten in der körperlichen Entwicklung?

Bestehen Schlafprobleme (Einschlafen, Durchschlafen, etc.)?

Gibt es derzeit Probleme mit dem Essen (z.B. Appetitminderung, ungünstige Ernährungsgewohnheiten)?

Liegen eine chronische Erkrankung oder andere Entwicklungsauffälligkeiten vor?

Kam es zu Operationen, Unfällen, Anfallsleiden oder Klinikaufenthalten?

Was wurde bisher unternommen und wie war die Zufriedenheit damit? (bei Angabe vorheriger Therapien, z.B. Psycho-, Logo- oder Ergotherapie bitte Datum und Zeitraum ergänzen)

Erfolgten Impfungen regelmäßig und vollständig? Ja Nein

Bitte geben Sie fehlende Impfungen an:

Schwangerschaft

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

- Blutungen Infektionen schweres Erbrechen Bluthochdruck vorzeitige Wehen
 Unfälle/Operationen seelische Belastungen Medikamente

Welche Medikamente (Dosierung) wurden in der Schwangerschaft eingenommen?

Wurden die folgenden Substanzen in der Schwangerschaft regelmäßig eingenommen?

Regelmäßige Einnahme: Ja Nein

Alkohol Zigaretten andere Drogen:

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____ Schwangerschaftswoche

Wo erfolgte die Geburt? Zuhause Geburts-/Krankenhaus

Geburtsgewicht: _____ g Größe: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

APGAR (siehe Mutterpass): _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen? Wenn ja, welche?

- Störung der kindlichen Herztöne Beckenendlage Kaiserschnitt Saugglocke
 Mehrlingsgeburt Zangengeburt grünes Fruchtwasser besonders lange Geburt
 andere Komplikationen:

Neugeborenenzeit (erste Lebensmonate)

Traf einer der folgenden Punkte zu?

- auffällige blasse/fahle Hautfarbe Fototherapie notwendig
 gelbe Hautfarbe Beatmung notwendig

War in den ersten Lebensmonaten ein Klinikaufenthalt notwendig? Wenn ja, wo, wie lange und aus welchem Grund?

Bestanden in den ersten Lebensmonaten Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Wie lange wurde gestillt?

Trinkschwierigkeiten

Anfälle

häufiges Spucken

auffallende Bewegungsarmut

Schreckhaftigkeit

auffallende Unruhe

Frühkindliche Entwicklung

Bitte geben Sie uns einige Angaben zur motorischen- und sprachlichen Entwicklung.

Motorik

zeitgerecht

selbstständiges Sitzen mit _____ Monaten

Krabbeln mit _____ Monaten

selbstständiges Gehen mit _____ Monaten

Sprache

zeitgerecht

Erstes Wort mit _____ Monaten

Zweiwortsätze mit _____ Monaten

Dreiwortsätze mit _____ Monaten

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung?

Tagsüber

zeitgerecht

Trocken (Urin) mit _____ Jahren

Sauber (Stuhl) mit _____ Jahren

Nachts

zeitgerecht

Trocken (Urin) mit _____ Jahren

Sauber (Stuhl) mit _____ Jahren

Gab es besondere Probleme?

Sind Besonderheiten und/oder ein auffälliges Verhalten (z. B. Daumenlutschen, Nägelkauen, Einnässen etc.) aufgefallen?

Sind Besonderheiten bei den regelmäßigen Untersuchungen (U1-U9) aufgefallen? Wenn ja, welche?

Kinderkrippen- und Kindergartenzeit

Erfolgte eine Betreuung durch eine Tagesmutter (ab wann?)

Kinderkrippenbesuch vom _____ bis zum _____ Lebensjahr.

Die Tagesmutter/die Krippe wurden gewechselt (wie oft/wann/warum)?

Besonderheiten/Schwierigkeiten:

Besuch des Kindergartens vom _____ bis zum _____ Lebensjahr.

Name der Einrichtung _____

Der Kindergarten wurde gewechselt (wie oft/wann/warum)?

Wie lange hat die Eingewöhnung gedauert? Wie gut hat die Trennung von den Eltern geklappt?

Wie war die soziale Integration/Freundschaften im Kindergarten?

Gab es Probleme/Sorgen/Schwierigkeiten?

Einschulung und schulische Entwicklung

Aktuell wird die _____ Klasse besucht.

Welche Schule wird derzeit besucht? _____

Aktuelle Schuladresse: _____

Welche Schulen wurden vorher besucht? (Bei vorzeitigem Schulwechsel bitte Angabe des Grundes)

Die Einschulung erfolgte am _____ (Datum) mit _____ Jahren.

Erfolgte eine Zurückstellung von der Einschulung? Ja Nein

Welchen Grund gab es dafür? _____

Wurde eine schulvorbereitende Einrichtung besucht? Ja Nein

Name der Einrichtung: _____

Wie sind die Schulleistungen derzeit? Wie schätzen Sie das Lernverhalten ein?

Wo sehen Sie die Stärken und Schwächen in der Schule? Wie zufrieden sind Sie mit der Schul-/Lernsituation?

Was sagen die Lehrer über die Entwicklung?

Wie ist die soziale Integration in der Schule? Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule? Wenn ja, welche/mit wem?

Kommt es bei der Erledigung der Hausaufgaben zu Konflikten? Wenn ja, zu welchen?

Freizeitbeschäftigung

Welche Hobbies werden ausgeübt? Besteht eine Vereinsmitgliedschaft?

Wieviel werden Fernseher, PC, Handy, Tablet genutzt? Gibt es damit Probleme?

Wie oft pro Woche finden Treffen außerhalb der Schule mit Gleichaltrigen statt?

Entwicklung zu Hause

Womit wurde im Kindergartenalter begeistert oder was hat Sorgen bereitet? Was war „typisch“ für diese Zeit?

Belastungen / Probleme / besondere Ereignisse im Kindergartenalter

Was war/ist „typisch“ im Grundschulalter? (auch Sorgen/Probleme)

Belastungen / Probleme / besondere Ereignisse im Grundschulalter

Bei Teenagern und jungen Erwachsenen: Welches Verhalten ist jetzt „typisch“ ? (auch Sorgen/Probleme)

Belastungen / Probleme / besondere Ereignisse im Teenager- / jungen Erwachsenenalter

Angaben zur Familie

Mutter

verheiratet/gemeinsam lebend mit Kindsvater

alleinerziehend

getrennt lebend vom Kindsvater

Patchworkfamilie

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Geb.datum: _____ E-mail: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____

Vollzeit

Teilzeit

derzeit ohne Beschäftigung

Herkunftsland der mütterlichen Familie: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? _____

Körperliche/psychische Erkrankungen: _____

Erkrankungen in der mütterl. Familie: _____

Vater

Kindsvater

alleinerziehend

Stiefvater

Patchworkfamilie

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Geb.datum: _____ E-mail: _____

Telefon Privat: _____ Mobil: _____

Erlerner Beruf: _____

Derzeit ausgeübter Beruf: _____

Vollzeit

Teilzeit

derzeit ohne Beschäftigung

Herkunftsland der väterlichen Familie: _____

Welche Sprachen werden in der Familie gesprochen? _____

Körperliche/psychische Erkrankungen: _____

Erkrankungen in der väterl. Familie: _____

Angaben zu den Geschwistern

Name				
Alter / Geburtstag (TT.MM.JJJJ)				
Geschlecht				
Schule / Klasse				
Erkrankungen				
Probleme				
Beziehung zum vorgestellten Kind				

Erfolgt Unterstützung durch die Jugendhilfe / das Jugendamt? Wenn ja: Durch wen; seit wann?

Ergänzungen

Ergänzungen (Fortsetzung)