

Anmelde- und Anamnesefragebogen KJP

Liebe Familien,

gerne möchte ich Ihr Kind und Ihr Anliegen besser kennenlernen. Daher möchte ich Sie bitten, diesen Fragebogen soweit wie möglich zu beantworten. Wichtige Punkte können Sie gerne mit einem Kreuz markieren und Nichtzutreffendes einfach streichen.

Aktuelle Informationen zum Kind:

Vor- & Nachname des*der Patient*in: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geschlecht: m w divers Geschwisterzahl: _____

Kind lebt bei: leiblichen Eltern leiblichem Vater leiblicher Mutter Pflegeeltern
 Wohngruppe _____

Sorgerecht (gemeinsam, Mutter, Vater, Jugendamt, andere): _____

Wohnadresse des Kindes (Straße, Nr., PLZ, Ort):

1

Adresse/Kontaktdaten der Eltern/eines Elternteils, falls abweichend von oben:

Kontaktdaten der Eltern:

Festnetz Mutter: _____ Handy Mutter: _____

Festnetz Vater: _____ Handy Vater: _____

Krankenversicherungsdaten des Kindes:

Name der Versicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Über welches Elternteil/Wie ist das Kind versichert?

Aus welchen Gründen stellen Sie sich in dieser Praxis vor? Warum gerade zu diesem Zeitpunkt?

Was haben Sie bereits zur Lösung des Problems unternommen?

Was denkt Ihr Kind über eine Therapie?

2

Was wünschen Sie sich von einer Therapie? Bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten, was Sie sich von der Therapie erhoffen und nennen Sie 3 Ziele:

-
-
-

Bitte geben Sie diese Seite Ihrem Kind und füllen Sie ab Seite 4 weiter aus

Hallo!

Mit dieser Seite möchte ich dir schon einmal die Möglichkeit geben, dir bereits Gedanken zu unserem Kennenlerngespräch zu machen und möchte dich bitten, sie möglichst offen und ehrlich auszufüllen. Wenn du möchtest, kannst du die Seite deinen Eltern geben, damit sie nicht verloren geht oder du behältst sie selbst und bringst sie zu unserem Termin mit. Wenn Du möchtest, dass bestimmte Sachen nicht im Erstgespräch besprochen werden, dann schreibe dies bitte mit einem **ROTEN STIFT!** Wenn der Platz zum Schreiben nicht reicht, kannst du auch gerne einfach auf der Rückseite weiter schreiben.

Danke und bis bald!

Warum kommst du zu mir in die Praxis?

Warum möchten deine Eltern, dass ihr in meine Praxis kommt?

3

Welche Schulnoten würdest du den folgenden Bereichen in der letzten Zeit geben?
(1 = sehr gut, 6 = sehr schlecht?)

Schule: _____ zu Hause und Familie: _____

Freunde: _____ deine Stimmung und deine Gefühle: _____

Was läuft gut in deinem Leben und deinem Alltag? Was machst du gerne?

Was erwartest du von der Therapie?

Aktuelles Helfersystem:

Haus-/Kinderarzt:	zuständiges Jugendamt und Ansprechpartner*in, Familienhelfer*in, Vormund etc.:
Vorbehandelnder Psychotherapeut*in oder Psychiater*in:	Sonstige:

Vorbehandlungen, wie z.B.: Psychotherapie, Lerntherapie, Logopädie, Ergotherapie, Familienhilfen, Erziehungsbeistandschaft, Jugendhilfe, Frühförderung, Medikation etc...

von – bis	Maßnahme	Grund der Maßnahme

Kindliche Entwicklung:

Wievielte Schwangerschaft? _____

Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle, Trennung, Umzug etc.):

Vorhergehende Fehlgeburten: _____

erwünschte/geplante Schwangerschaft: ja nein

Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Drogen, Alkohol):

Geburt (siehe hierzu auch gelbes Untersuchungsheft):

Schwangerschaftswoche der Entbindung: _____

Wie erfolgte die Entbindung? _____

Alter der Mutter bei Geburt: _____

Verlauf/Komplikationen bei der Geburt: _____

Geburtsgewicht: _____

Körpergröße: _____

Kopfumfang: _____

APGAR-Index: _____

Komplikationen nach der Geburt oder Besonderheiten in der Neugeborenenperiode:

Wurde Ihr Kind gestillt? ja, bis zum ____ Lebensmonat nein

Motorische Entwicklung (Alter in Monaten):

Krabbeln mit: _____

Freies Laufen mit: _____

Sprachentwicklung:

Erste Worte (außer Mama/Papa) mit: _____

5

Einfache Sätze bilden mit: _____

Sauberkeitsentwicklung:

Trocken/sauber tagsüber: _____ Trocken/sauber nachts: _____

Gab es Rückfälle? _____

Weitere Besonderheiten in der Entwicklung zwischen 0 und 3 Jahren:

Kindergarten und Schule:

Besuchte Ihr Kind eine Tagesstätte/Tagesmutter? nein ja, im Alter von ____ bis ____

Kindergarten im Alter von ____ Jahren

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten/Trennungsangst?

Einschulung mit ____ Jahren

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten in der Grundschule/Trennungsangst?

Weiterführende Schule: _____

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten:

Aktuelle Schule und Klasse: _____

Klassenlehrer*in: _____

Übersicht Schullaufbahn:

Klasse (von – bis)	Schule

6

Aktuelle Leistungen: _____

Somatische Anamnese:

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind regelmäßig ein?

Welche körperlichen Begleiterkrankungen hat Ihr Kind?

Wie schläft Ihr Kind (Ein-, Durchschlafstörungen, Alpträume, Einzelzimmer)?

Wie würden Sie das Essverhalten Ihres Kindes beschreiben?

Wann trat bei Ihrer Tochter die erste Menarche (Periode) auf? _____

Operationen oder längere Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes:

Behandlungen mit Antibiotika und falls ja, welcher Wirkstoff/welches Medikament?

Suchtanamnese:

Mein Kind konsumiert folgende Substanzen:

- Alkohol, Häufigkeit/Menge: _____ Cannabis, Häufigkeit/Menge: _____
 Zigaretten, Häufigkeit/Menge: _____ Andere: _____

Sozialanamnese:

Welche Hobbies, Interessen verfolgt Ihr Kind?

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft? nein ja, und zwar: _____

Wie viele Freunde hat Ihr Kind? Wie schätzen Sie den Freundeskreis ein? Wie oft trifft sich Ihr Kind außerhalb der Schule mit Gleichaltrigen?

7

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien und mit welchen (Laptop, PC, Spielkonsole, Handy, Tablet etc.)? _____

Womit genau beschäftigt es sich dort? Welche Regeln gibt es diesbezüglich?

Familienanamnese:

	leibliche Mutter	leiblicher Vater
Name, Geburtsdatum		
Beruf (Teil-/Vollzeit?)		
Ausbildung		
Wie beschreiben Sie Ihren Erziehungsstil?		

Bitte beschreiben Sie kurz die eigene Kindheit/Jugend		
Sonstiges		

	Stief-/Adoptivmutter/neue Partnerin des Vaters	Stief-/Adoptivvater/neuer Partner der Mutter
Name, Geburtsdatum		
Beruf (Teil-/Vollzeit?)		
Ausbildung		
Wie beschreiben Sie Ihren Erziehungsstil?		
Bitte beschreiben Sie kurz die eigene Kindheit/Jugend		
Sonstiges		

Nennen Sie bitte Geschwister (Name, Alter) des Kindes und beschreiben Sie die Beziehungen untereinander:

Lebenssituation der Eltern:

- zusammen lebend, seit _____ verheiratet, seit _____ getrennt lebend, seit _____
 geschieden, seit _____ andere Familienkonstellation _____

Umgangsregelung bei getrennt lebenden Elternpaaren:

- Es besteht Kontakt zum getrennt lebenden Elternteil. Wie häufig?

- Es besteht kein Kontakt zum leiblichen Vater/zur leiblichen Mutter. Seit wann und warum?

Umgangsregelung entstanden durch:

- Eltern untereinander/einvernehmlich Beratungsstelle Jugendamt
 Gericht _____

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuellen Situation?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden

Welche körperlichen Erkrankungen gibt es innerhalb der Familie?

Welche (diagnostizierten oder vermuteten) psychischen Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? Denken Sie hierzu auch an Tanten, Onkel, Großeltern etc.:

Welche bisher noch nicht erfragten Aspekte oder Details möchten Sie mir noch mitteilen und finden Sie noch wichtig?

Wer hat diesen Bogen ausgefüllt (Mutter, Vater, gemeinsam, andere)?

Heutiges Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

**Bitte bringen Sie den Anamnesebogen zu unserem Erstgespräch
mit oder schicken diesen vorher an die Praxis.**