

---

Liebe Eltern,

Sie haben Ihr Kind in unserer Praxis angemeldet. Zum besseren Verständnis der Entwicklung und Lebenssituation Ihres Kindes benötigen wir folgende Angaben, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus. Sollten Unklarheiten bestehen, können diese im persönlichen Gespräch geklärt werden.

Sie können in die Zwischenräume schreiben und bei Bedarf die Rückseite des Blattes nutzen.

Herzlichen Dank für Ihr Bemühen.

Ihr Praxisteam

## I. Angaben zur Person und zur Problematik

Der Anamnesebogen wurde von \_\_\_\_\_ ausgefüllt.

1. Vor- und Zunamen des Patienten: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Nationalität: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_
  
2. Name und Anschrift der Eltern/ Stief- / Adoptiv- / Pflegeeltern / des Heimes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
3. Wer hat die Anregung zur Vorstellung in unserer Praxis gegeben (Schule, Arzt.....)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. Schildern Sie kurz in Stichworten die Problematik:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
5. Wie erklären Sie sich die Schwierigkeiten Ihres Kindes? Gibt es aus Ihrer Sicht Gründe für die Auffälligkeiten?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
6. Bisherige Beratung / Vorbehandlung ( ambulant, stationär, Erziehungsberatungsstelle...)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
7. Bestehen polizeiliche Anzeigen? Gibt es ausstehende Strafverfahren, wenn ja welche und aus welchen Gründen?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



- i. Wurde das Kind gestillt?  nein  ja,  
 Zeitdauer \_\_\_\_\_
- d. Gab es Auffälligkeiten in den ersten Wochen/Monaten nach der  
 Geburt? (Fütterungsstörung, Schreikind...)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 2. Kleinkindalter

- a. Alle frühkindlichen Entwicklungsparameter wurden  
 altersentsprechend durchlaufen  nein  ja  
 freies Laufen: ab wann \_\_\_\_\_  
 erste Worte: ab wann \_\_\_\_\_
- b. Therapien:  
 Ergotherapie  ja Zeitraum \_\_\_\_\_  
 nein  
 Logopädie  ja Zeitraum \_\_\_\_\_  
 nein  
 Physiotherapie  ja Zeitraum \_\_\_\_\_  
 nein
- c. Sauberkeitsentwicklung:  
 tagsüber trocken, ab wann \_\_\_\_\_  
 nachts trocken, ab wann \_\_\_\_\_  
 nässt wieder ein seit \_\_\_\_\_  
 kotet wieder ein seit \_\_\_\_\_  
 war noch nie sauber
- d. Trotzphase:  ja  
 nein
- e. Gab es Auffälligkeiten in der Kleinkindentwicklung?  
 ja, folgende \_\_\_\_\_  
 nein

## 3. Vorschulalter

- a. Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht?  
 ja, vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Lebensjahr  
 nein

b. Gab es im Kindergarten Auffälligkeiten (Trennungsängste, Konflikte mit anderen...)?

ja, folgende \_\_\_\_\_

nein

c. Beschreiben Sie bitte Ihr Kind im Alter von 0 bis 6 Jahren

---

---

---

---

4. Krankheiten des Kindes

a. Unfälle, Operationen, andere ernsthafte Erkrankungen:

---

---

b. Allergien: \_\_\_\_\_

c. Impfstatus :  alle empfohlenen Impfungen erfolgt

nur eingeschränkt

nicht erfolgt

5. Schulalter

a. In welchem Alter und in welche Schule wurde das Kind eingeschult?

---

---

b. Welche Schule und welche Klasse besucht Ihr Kind/ Jugendliche zurzeit? Wie heißt der/die Klassenlehrer/in? Telefonnummer der Schule?

---

---

---

c. Musste ein Schuljahr wiederholt werden? Welches Schuljahr, warum?

---

---

---

d. Wie sind aktuell die Leistungen in der Schule?

---

---

e. Macht Ihr Kind/ Jugendliche seine Hausaufgaben regelmäßig, selbständig, problemlos oder gibt es Konflikte?

---

---

f. Kommt Ihr Kind mit den Mitschülern gut aus?

- ja
- nein

Wenn nein, welche Konflikte gibt es?

---

6. Freizeitverhalten

a. Freundschaften zu Gleichaltrigen

- keine
- wenig
- viele

b. Beziehungen zu Gleichaltrigen

- gut
- häufige Streitigkeiten
- körperliche Auseinandersetzungen

c. Interessen, Hobbies, Vereine?

---

7. Erziehungsverhalten der Eltern

- a. Kindesmutter:  streng  
 konsequent  
 eher nachgiebig  
 verwöhnend

- Kindesvater:  streng  
 konsequent  
 eher nachgiebig  
 verwöhnend

b. Wohnverhältnisse der Familie:

- Kind hat eigenes Zimmer
- Kind teilt sich das Zimmer mit:

Andere Besonderheiten: \_\_\_\_\_

9. Sexualität

a. Ist das Kind altersgemäß aufgeklärt?  ja  nein

b. Gibt oder gab es Auffälligkeiten in der sexuellen Entwicklung?

nein

ja, folgende \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Medikamente

Nimmt Ihr Kind Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche und seit wann: \_\_\_\_\_

**III. Angaben zur Familie**

Kind wohnt mit: \_\_\_\_\_

Kind wohnt bei: \_\_\_\_\_

Leibliche Mutter

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

jetzige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen:  nein  ja, folgende:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen/Behandlung:  nein  ja, welche

\_\_\_\_\_

Leiblicher Vater

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

jetzige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen:  nein  ja, folgende:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen/Behandlung:  nein  ja, welche

\_\_\_\_\_

Heiratsdatum der leiblichen Eltern: \_\_\_\_\_

Datum der Trennung / Scheidung der leiblichen Eltern: \_\_\_\_\_

Weitere Ehen der leiblichen Eltern: \_\_\_\_\_

Geschwister/Halbgeschwister/Pflegegeschwister des Kindes:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit/Schule \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit/Schule: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit/Schule: \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der körperlichen und psychischen Entwicklung  
der Geschwister?  nein

ja, folgende \_\_\_\_\_

Soziale (Stief-)Mutter

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

jetzige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankungen:  nein  ja, welche

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Psychische Erkrankungen/Behandlungen:  nein  ja, welche

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sozialer (Stief-) Vater

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

jetzige Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_



Körperliche Erkrankungen:  nein  ja, folgende:

---

---

Psychische Erkrankungen/Behandlung:  nein  ja,  
folgende \_\_\_\_\_

Großeltern mütterlicherseits

Großmutter: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Großvater: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Welcher Kontakt besteht zu den Großeltern:

---

Großeltern väterlicherseits

Großmutter: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand: \_\_\_\_\_

Großvater: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Gesundheitszustand \_\_\_\_\_

Welcher Kontakt besteht zu den Großeltern:

---

Hat bzw. hatte außer Ihnen noch jemand regelmäßigen Einfluss auf die Erziehung Ihres Kindes?

ja, wer \_\_\_\_\_

nein

Gibt es in Ihrer Familie psychische Auffälligkeiten (z.B. Ängste, Depressionen, Selbstmordversuche, Drogen):

---

---

Gibt es etwas das Ihnen ansonsten wichtig erscheint?

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**