

Anamnesebogen

Soziodemografische Angaben

Patient:in:

Vor- und Nachname:

Geschlecht:

☐ m

☐ w

☐ d

Geburtsdatum:

Nationalität:

Herkunftsland:

Muttersprache:

Aktueller Wohnort:

Krippe:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, ab wann:

Wenn ja, Dauer der Trennung von den Eltern:

Wenn ja, wie war die Integration in die Gruppe:

Kindergarten:

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wie lange:

Wenn ja, Dauer der Trennung von den Eltern:

Wenn ja, wie war die Integration in die Gruppe:

Alter bei der Einschulung

(früher/später als üblich)

Aktuelle Klasse:

Auffälligkeiten in der Grundschule

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, welche:

☐ Lesen:

☐ Schreiben:

☐ Rechnen:

☐ Konzentration:

☐ Integration:

Schulart der weiterführenden Schule:

Klasse übersprungen:

☐ ja

☐ nein

Klasse wiederholt:

☐ ja

☐ nein

Höchster Bildungsabschluss:

Beruf:

Mutter:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Aktueller Wohnort:

Herkunftsland:

Muttersprache:

Beruf:

Beschäftigungsumfang:

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit (___ Stunden/Woche) ☐ Elternzeit

Höchster Bildungsabschluss:

Telefonnummer:

Vater:

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Aktueller Wohnort:

Herkunftsland:

Muttersprache:

Beruf:

Beschäftigungsumfang:

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit (___ Stunden/Woche) ☐ Elternzeit

Höchster Bildungsabschluss:

Telefonnummer:

Eltern:

In Partnerschaft lebend:

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: verheiratet

☐ ja ☐ nein

Seit wann:

Wenn nein:

☐ getrennt ☐ geschieden

Bei wem lebt Ihr Kind?

Sorgerecht:

Kontakt zu dem Elternteil,
bei dem das Kind nicht lebt:☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie oft:

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Besondere Belastungen oder Konflikte: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Psychische Auffälligkeiten in der Familie ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Familie der Mutter:

Familie des Vaters:

Ernsthafte Erkrankungen oder belastende Ereignisse in der Familie

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche:

Familie der Mutter:

Familie des Vaters:

Weitere wichtige Bezugspersonen:

Lebenssituation:

Geschwister, Halb- oder Stiefgeschwister: ☐ ja ☐ nein

Anzahl der Geschwister:

Alter der Geschwister (Stellung in Geschwisterreihe):

Weitere Personen, die im Haushalt leben: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wer (z. B. Großeltern, Lebensgefährte)

Primäre Betreuungsperson: ☐ Mutter ☐ Vater

Anzahl vorhandener Räume (einschließlich Küche):

Hat das Kind ein eigenes Zimmer: ☐ ja ☐ nein

In welchem Zimmer macht das Kind seine/ihre Hausaufgaben:

Grund für die Kontaktaufnahme:

Bitte schildern Sie die aktuellen Beschwerden, weshalb Sie sich zur Behandlung Ihres Kindes an uns wenden:

Bitte schildern Sie, weshalb Sie sich gerade jetzt an uns wenden:

Schwere der Beschwerden:

☐ leicht☐ mittel☐ schwer

Verlauf der Beschwerden:
Beginn (seit wann/plötzlich/allmählich):

Beschwerdefreie Situationen
(z. B. Orte, Anlässe, Personen)
Wenn ja, bitte angeben:

☐ ja☐ nein

Situationen (z. B. Orte, Anlässe, Personen)
der Verbesserung:
Wenn ja, bitte angeben:

☐ ja☐ nein

Situationen (z. B. Orte, Anlässe, Personen)
der Verschlechterung:
Wenn ja, bitte angeben:

☐ ja☐ nein

Bisherige Versuche, um Beschwerden
in den Griff zu bekommen:
Wenn ja, bitte angeben:

☐ ja☐ nein

Vor- und Mitbehandler

Bisherige Behandlungen:

	Fachperson	von ... bis ...
☐ Logopädie		
☐ Ergotherapie		
☐ Lerntherapie		
☐ Psychotherapie		
☐ Legasthenieförderung		
☐ Sonstiges:		

War Ihr Kind schon einmal
längere Zeit in einer Klinik?

☐ ja☐ nein

Wo (z. B. Krankenhaus, Psychatrie)

Warum

Wann

Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant? ☐ ja ☐ nein

Verlauf der Schwangerschaft:

Komplikationen während der Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben:

Geburt

Verlauf der Geburt: ☐ natürliche Geburt ☐ Kaiserschnitt

Zeitpunkt der Geburt: ☐ zum errechneten Termin
☐ wesentlich früher
☐ wesentlich später

Komplikationen während der Geburt: ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte angeben:

Geburtsgewicht:

Geburtsgröße:

Säuglingsalter/Regulation

Wie war Ihr Kind als Säugling?

Wie hat es mit dem Trinken funktioniert?

Wurde gestillt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie lange:

Wie hat es mit dem Schlafen funktioniert?

Ließ sich Ihr Kind gut beruhigen? ☐ ja ☐ nein

Hat er/sie überdurchschnittlich viel geschrien?

☐ ja

☐ nein

Gab es schwerwiegende Erkrankungen
oder körperliche Auffälligkeiten?

☐ ja

☐ nein

Wenn ja, wann:

☐ in der Vergangenheit

☐ aktuell

Meilensteine der Entwicklung

Wann hat Ihr Kind begonnen zu laufen?

Wie war die weitere Entwicklung in der Grobmotorik (z. B. schaukeln, Rad fahren, etc.)?

☐ normal

☐ verzögert

Wann hat Ihr Kind erste Wörter gesprochen?

Wie war der weitere Verlauf der Sprachentwicklung?

☐ normal

☐ verzögert

Wann hat Ihr Kind regelmäßig keine Windeln mehr getragen?

Tagsüber:

Nachts:

Freizeit und Ressourcen

Was macht Ihr Kind in der Freizeit?

Welche Hobbys hat es?

Was sind die Stärken Ihres Kindes?

Was kann Ihr Kind besonders gut?

Was mögen Sie an Ihrem Kind?

Worauf sind Sie bei Ihrem Kind stolz?

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit zur Beantwortung unserer Fragen genommen haben.

Hinweis auf Schweigepflicht und Datenschutz:

Alles, was im Rahmen dieser Anamnese abgefragt wird und jede Information, die Sie uns preisgeben, unterliegt der Schweigepflicht. Wir werden Ihre Informationen und Daten vertraulich behandeln. Ihr Name ist durch eine Patient:innen-Nummer chiffriert, sodass Ihre Daten geschützt sind.