



Anamnesebogen

1) Angaben zum Patienten

- a) Name, Vorname:
- b) Geburtsdatum:
- c) Wohnanschrift:
- d) Krankenversicherung:
- e) Über wen krankenversichert:
- f) Telefonnummern (der Eltern, Bezugspersonen):
- g) Name der Schule (und Klasse) /des Kindergartens:
- h) Name des Haus- oder Kinderarztes und Ort:
- i) Ein Arztbericht an den Haus- oder Kinderarzt wird **nicht** gewünscht:
- j) Bei **getrennt** lebenden Eltern:
Bei wem lebt der Patient?

Wer ist sorgeberechtigt?

2) Angaben zu den Eltern

- a) Name, Vorname der **Mutter**:
- b) Geburtsdatum:
- c) Schulabschluss:
- d) Beruf:
- e) Aktuelle Tätigkeit:
- f) Chronische oder psychische (Vor-)erkrankungen:
- g) Name, Vorname des **Vaters**:
- h) Geburtsdatum:
- i) Schulabschluss:
- j) Beruf:
- k) Aktuelle Tätigkeit:
- l) Chronische oder psychische (Vor-)erkrankungen:

3) Angaben zu den Geschwistern:

- a) 1. Geschwisterkind (Name, Vorname; Geburtsdatum; ggfs. abweichende Elternteile; Schule/Berufsausbildung; Verhaltensauffälligkeiten):

- b) 2. Geschwisterkind (Angaben siehe 1. Geschwisterkind, bei mehr als zwei Geschwistern verwenden Sie bitte die Rückseite):

4) Angaben zu den aktuellen Beschwerden des Patienten:

(Welche Beschwerden, Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten führen zur Vorstellung in der Praxis?)

5) Ergänzende Angaben zu den aktuellen Beschwerden, bitte beschreiben Sie! (Sie können auch die Rückseite verwenden):

- a) Ein- oder Durchschlafprobleme?

- b) Appetit- oder Essstörungen?

- c) Häufig wiederkehrende körperliche Beschwerden (z.B. Kopf- oder Bauchschmerzen usw.?)

- d) Ängste oder Zwänge?

e) Einnässen oder Einkoten?

f) Sonstiges?

6) Angaben zu früheren Behandlungen:

a) Behandlungen beim Kinderpsychiater /-psychotherapeuten, SPZ, Klinikaufenthalte?

b) Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung o.ä.?

c) Sonstige längere Krankenhaus- oder Kuraufenthalte?

d) Andere Beratungen (Schulpsychologie, Familienberatung, Jugendamt usw.)?

7) Angaben zur Entwicklung des Patienten:

a) Kind „geplant“/erwünscht:

b) Wievielte Schwangerschaft?

c) Risikofaktoren in der Schwangerschaft (Alkohol, Rauchen, Drogen, starkes Übergewicht, Zuckerkrankheit)?

d) Probleme in der Schwangerschaft?

e) Geburt in welcher Schwangerschaftswoche?

f) Wo geboren?

g) Geburtsverlauf (verzögert, Kaiserschnitt, Zange, Beatmung des Kindes?)

h) Geburtsgewicht und -größe?

i) Gestillt? Wie lange?

- j) Gedeihstörungen (schlecht getrunken oder geschlafen, Koliken, Schreikind usw.)?
- k) Kinderkrankheiten? Durchgeimpft?
- l) Erstes Sitzen/Krabbeln/Laufen, erste Worte wann?
- m) Wann Tags-/nachtsüber trocken und sauber? Phasen, in denen das Kind wieder eingenässt oder eingekotet hat?
- n) Besuch der Kindereinrichtung ab wann? Schwierigkeiten oder Auffälligkeiten?
- o) Einschulung erstmals in welche Schule?
- p) Interessen/Hobbys des Kindes, regelmäßige Freizeitaktivitäten?

8) **Bestehen beim Patienten Allergien oder Unverträglichkeiten, welche?**

9) **Ergänzungen (bitte auch Rückseite nutzen):**

10) **Aktuelle** weitere relevante Behandlungen und Therapien (z.B. laufende Psychotherapie, andere kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung usw.)?
-Sollte eine parallele Behandlung bestehen oder eintreten, werde ich Herrn Jakob umgehend darüber informieren.-

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Vorstellung meines Kindes in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Datum:

Unterschrift (Sorgeberechtigte oder Bevollmächtigter):