

Anamnese-Fragebogen

Name des Kindes: _____

Name der Mutter: _____

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum des Kindes: _____

PLZ / Ort: _____

Straße: _____

Telefon-Nummer
Vater/Mutter: _____

Handy-Nummer: _____

Telefon-Nummer Büro: _____

E-Mail: _____

Name des getrennt
lebenden Ehepartners: _____

Telefon-Nummer: _____

PLZ / Ort: _____

Straße: _____

Name und Ort des Kindergartens / der Schule, die ihr Kind aktuell besucht:

bei Schülern: Klassenstufe _____

Alter der Mutter: _____ Beruf der Mutter: _____

Alter des Vaters: _____ Beruf des Vaters: _____

Vorname und Alter der leiblichen Geschwister:

Vorname und Alter der Halbgeschwister:

Vorname und Alter der Stiefgeschwister:

Doc

Lebenssituation des Kindes:

bei beiden Eltern
 bei der Mutter
 beim Vater
 bei Mutter und Stiefvater
 bei Vater und Stiefmutter
 bei Pflegeeltern
 bei Adoptiveltern
 bei Großeltern
 Sonstige _____

Familienstand der Eltern:

verheiratet
 unverheiratet
 getrennt lebend seit _____
 geschieden seit _____

Sorgerecht:

gemeinsames Sorgerecht der Eltern
 alleiniges Sorgerecht des Vaters
 alleiniges Sorgerecht der Mutter
 Sonstige Sorgeberechtigte _____

Besuchsregelung bei getrennt
lebenden Eltern:

regelmäßige Besuchskontakte alle _____ Wochen
 unregelmäßige Besuchskontakte alle _____ Wochen
 keine Besuchskontakte seit _____

Gibt es Familienmitglieder, bei den eines oder mehrere der folgenden Probleme (zu einem früheren Zeitpunkt oder aktuell) bekannt sind? Bitte denken Sie neben beiden Eltern und Geschwistern auch an Onkel, Tanten und Großeltern des Kindes.

	<u>Nein</u>	<u>Ja</u>	Familienmitglied
Konzentrationsprobleme			_____
Erhöhte Ablenkbarkeit			_____
Lese-/Rechtschreibprobleme			_____
Rechenprobleme			_____
Wahrnehmungsstörung			_____
Sprachentwicklungsverzögerung			_____
Körperliche Entwicklungsverzögerung			_____
Hyperaktivität			_____
Verhaltensprobleme			_____
Neigung zu Impulsivität			_____
Depressive Verstimmung			_____
Angststörung			_____
Migräne			_____
Neurodermitis			_____
Tics			_____
Epilepsie			_____
Alkoholabhängigkeit			_____
Drogenabhängigkeit			_____
Sonstige psychische Erkrankung			_____
Schwere körperliche Erkrankung			_____

Gibt es Familienmitglieder, zu denen seit mehr als einem Jahr kein Kontakt besteht:

Nein

Ja, und zwar _____

Auf wessen Anregung hin erfolgte die Anmeldung in der Praxis?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

Empfehlung von Bekannten, Freunden, Verwandten

Kinderarzt

Schule

Ergotherapie-/ Logopädie-Praxis

Telefonbuch

Internet

Sonstige _____

Ist Ihr Kind bereits einmal in einer vergleichbaren Praxis, Institut oder Klinik, beim Schulpsychologischen Dienst oder einer Beratungsstelle vorgestellt und untersucht worden?

Nein

Ja

Wann: _____

Name der Einrichtung _____

Ort der Einrichtung _____

Haben Sie für Ihr Kind bereits einmal eine der folgenden Behandlungen in Anspruch genommen?

Nein

Ja

Logopädie	von _____ bis _____ wegen _____
Ergotherapie	von _____ bis _____ wegen _____
Krankengymnastik	von _____ bis _____ wegen _____
Osteopathie	von _____ bis _____ wegen _____
Craniosacral-Therapie	von _____ bis _____ wegen _____
Kinesiologie	von _____ bis _____ wegen _____
Psychotherapie	von _____ bis _____ wegen _____
Familientherapie	von _____ bis _____ wegen _____
Erziehungsberatung	von _____ bis _____ wegen _____
Lerntherapie	von _____ bis _____ wegen _____
Nachhilfe	von _____ bis _____ wegen _____

Sind während der Schwangerschaft mit Ihrem Sohn / Ihrer Tochter Komplikationen aufgetreten?

Nein Ja, und zwar _____

Gab es während der Schwangerschaft besondere Belastungen durch Paarkonflikte, familiäre Konflikte, Probleme der Geschwisterkinder, beruflichen Stress, etc. ?

Nein Ja, und zwar _____

Sind bei der Geburt Ihres Kindes Komplikationen aufgetreten?

Nein	Ja	Kaiserschnitt
Nein	Ja	Zangengeburt
Nein	Ja	Saugglocke
Nein	Ja	Not-Kaiserschnitt
Nein	Ja	Sonstiges _____

Wurden Medikamente zur Steuerung der Wehentätigkeit eingesetzt?

Nein	Ja	wehenhemmendes Mittel
Nein	Ja	wehenfördernde Infusion
Nein	Ja	wehenförderndes Gel

Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?

Keine
Schmerzmittel
Antibiotika
Sonstige _____

Die Geburt erfolgte: zeitgerecht
vor dem errechneten Termin _____ Wochen
nach dem errechneten Termin _____ Monate
_____ Wochen

Das Geburtsgewicht betrug _____ Gramm

Wurde Ihr Kind gestillt?

Nein Ja, und zwar bis zum _____ Monat

Gab es Komplikationen beim Stillen?

Nein Ja, und zwar _____

Bitte beantworten Sie uns einige Fragen zu den ersten Lebensjahren Ihres Kindes:

Krabbeln: Nein Ja
 mit _____ Monaten
 Besonderheiten beim Krabbeln _____

Freies Laufen: mit _____ Monaten

2-Wort-Sätze	noch nicht	mit _____ Monaten
vollständige Sätze	noch nicht	mit _____ Jahren
tagsüber trocken	noch nicht	mit _____ Jahren
nachts trocken	noch nicht	mit _____ Jahren
sauber	noch nicht	mit _____ Jahren

Gab es während der ersten drei Lebensjahre Besonderheiten im Verhalten Ihres Kindes?
 Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Stichworte an:

☐ Trinkschwäche
☐ Starke Unruhe
☐ Ständiges Schreien
☐ Dreimonats-Koliken
☐ Schlafprobleme
☐ Starke Trennungsangst
☐ Krampfanfälle
☐ Kopfschmerzen / Migräne-Anfälle
☐ Entwicklungsverzögerungen: wenn ja _____

Sind Ihnen aus der Kindergarten-Zeit Ihres Kindes welche der folgenden Verhaltensweisen bekannt?

Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Stichworte an:

☐ Starke Zappeligkeit
☐ Erhöhte Ablenkbarkeit
☐ Aggressives Verhalten
☐ Regelprobleme
☐ Starke Trennungsängste
☐ Schüchternheit
☐ Kontaktprobleme
☐ Sprachprobleme
☐ Probleme der Feinmotorik
☐ Koordinationsprobleme
☐ Außenseiter-Rolle
☐ Sonstige

Gab es bislang Besonderheiten in der Grundschulzeit Ihres Kindes?
Bitte kreuzen Sie die entsprechenden Stichworte an:

- Einschulung als Kann-Kind
- Besuch der Vorschule
- Klassenlehrerwechsel in der ____ Klasse
- Häufige Klassenlehrerwechsel
- Schulwechsel in der ____ Klasse
- Klassenwechsel in der ____ Klasse
- Klassenwiederholung in der ____ Klasse
- Klassenkonferenzen / Disziplinarmaßnahmen
- Mobbing durch Mitschüler / innen
- Integrationsprobleme in der Klassengemeinschaft
- Sonstige (bitte beschreiben):

Gab es bisher Besonderheiten seitdem Ihr Kind die weiterführende Schule besucht?

Schulwechsel nach 5. Klasse wegen:

Klassenwechsel nach 5. Klasse wegen:

- Integrationsprobleme in die Klassengemeinschaft
- Mobbing durch Mitschüler / innen
- zahlreiche Fehltage durch unklare Beschwerden (bitte beschreiben):

Welche Krankheiten hat Ihr Kind bisher durchgemacht?

- Häufige Mittelohrentzündungen
- Häufige Bronchitiden
- Asthma
- Neurodermitis
- Krupp-Anfälle
- Pseudo-Krupp-Anfälle

Operationen: welche? _____ Wann? _____

welche? _____ Wann? _____

Unfälle: _____ Wann? _____

Klinikaufenthalte: weshalb? _____ Wann? _____

Sonstige: _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, regelmäßig _____

 bei Bedarf _____

 seit _____
 verordnet von _____

Bekommt Ihr Kind Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Mineralstoffe, Fettsäuren o.ä.)?

Nein Ja, und zwar _____

Gibt es zurzeit besondere Belastungen für Ihr Kind, die Eltern oder die ganze Familie?

Keine besonderen Belastungen
 Krankheit eines Familienmitglieds
 Ehekonflikte
 Familiäre Konflikte
 Konflikte mit Nachbarn
 Berufliche Stresssituation
 Arbeitslosigkeit
 Hausbau
 Finanzielle Probleme
 Sonstiges

Vielen Dank für Ihre Mithilfe
 Ihr Praxisteam