

## 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:

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