



KJP-Strausberg, Berliner-Str. 90, 15344 Strausberg, Tel. 03341/2014695, Mail: info@kjp-strausberg.de

Anamnesebogen

1. Allgemeine Informationen:

Kind Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Wohnort _____

Handy-Nr. _____

wohnhaft bei: den Eltern Mutter Vater Einrichtung/ Pflegefamilie
 bei Anderen _____

Mutter Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Tel.-Nr. _____ Handy-Nr. _____

Vater Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____

Tel.-Nr. _____ Handy-Nr. _____

Sorgerecht liegt bei: _____

Kinderarzt/ Hausarzt: _____ Tel.-Nr _____

Vorbehandlung bei: _____ Tel.-Nr _____

(Psychotherapeuten, Psychiater,
sozialpsychiatrisches Zentrum/ SPZ)

Jugendamt: _____ Ansprechpartner _____

E-Mail _____ Tel.-Nr _____

sonstige Ansprechpartner: _____

Ziel/ Wunsch für Behandlung: _____

2. Angaben zur Entwicklung

Schwangerschaft

Anzahl der Schwangerschaften: _____ Anzahl der Geburten: _____ Abbruch: _____

Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Blutung |
| <input type="checkbox"/> Röteln oder andere fieberhafte Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle oder Ohnmachten | <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen | <input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Klinikaufenthalte |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen (vermehrte Eiweißausscheidung im Urin) | | <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich |
| <input type="checkbox"/> andere _____ | | |

Haben Sie während der Schwangerschaft

- Zigaretten geraucht? Wie viele pro Tag _____
- Alkohol getrunken? Wie lange in der Schwangerschaft _____
- Medikamente genommen? Welche _____
- Drogen konsumiert? Welche _____
- nichts dergleichen
- keine Angaben möglich

War die Schwangerschaft geplant/ erwünscht und welche Einstellung hatten Sie zum Geschlecht ihres Kindes?

- erwünscht unerwünscht geplant ungeplant

Ich wollte lieber: ein Mädchen ein Jungen Geschlecht egal keine Angabe möglich

Geburt

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> spontane Geburt | <input type="checkbox"/> eingeleitet Geburt (z.B. Venentropf) | <input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt |
| <input type="checkbox"/> Frühgeburt (vor 37. SSW) | <input type="checkbox"/> Übertragung (über 42. SSW) | <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich |

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsparameter: Größe _____ Gewicht _____ Kopfumfang _____

Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Geburt? Jahre _____

Traten während der Geburt Komplikationen auf?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel | <input type="checkbox"/> Steißgeburt |
| <input type="checkbox"/> Verschlechterung der kindlichen Herztöne | | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung |
| <input type="checkbox"/> mit Geburtszange | <input type="checkbox"/> mit Saugglocke | <input type="checkbox"/> Zwilling-/ Mehrlingsgeburt |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | | <input type="checkbox"/> keine Angabe möglich |

Traten unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?

- Nein keine Angabe möglich
- die Atmung des Kindes (1. Schreien) setzte nicht sofort ein
- beim Kind wurde eine Sauerstoffbeatmung durchgeführt
- nach der Geburt wurde ein Blutaustausch vorgenommen
- das Kind musste in einem Brutkasten gelegt werden
- Säuglingsgelbsucht mit/ ohne Phototherapie/ UV-Lichttherapie
- die Nachgeburt (Placenta) war nicht in Ordnung
- andere: _____

Gab es psychische oder körperliche Erkrankungen der Mutter nach der Geburt?

- Nein Ja/ Welche? _____

frühkindliche Entwicklung

Ernährung:

- Stillen? Wie lange _____
- Flaschenernährung
- keine Angabe möglich

Probleme bei der Ernährung?:

- Nein
- Ja/ Welche? _____

Komplikationen im ersten Jahr :

- Nein Ernährungsstörung/Gedeihstörung
- Neugeborenen- oder Säuglingskrämpfe Fieberkrämpfe
- Schlafstörungen übermäßiges Schreien
- andere: _____ keine Angabe möglich

Das Kind konnte allein laufen

- vor dem 18. Monat/ Welcher Monat? _____
- nach dem 18. Monat keine Angaben möglich

Das Kind sprach (mind. 4 Wörter, außer Mama/Papa)

- vor dem 18. Monat nach dem 18. Monat
- nach dem 36. Monat keine Angaben möglich

Traten Störungen der Sprachentwicklung auf?

- Nein Ja/ Welche? _____

Wann hat das Kind tags- und nachts über nicht mehr eingenässt und/ oder eingekotet?

- normal verzögert (mit 5 Jahren Tag und/ oder Nacht noch nicht sauber)
- keine Angaben möglich
- aktuell: Einnässen? nein ja, tagsüber ja, nachtsüber ja, tags- und nachtsüber
- Einkoten? nein ja, tagsüber ja, nachtsüber ja, tags- und nachtsüber

Entwicklung Kleinkind

Besuchte das Kind eine Kinderkrippe (bis 3 Jahre)

- Nein, ggf. warum nicht? _____
- Ja, ab welchem Alter? _____ keine Angaben möglich
- In welchen? _____
- Wechsel in eine andere Kinderkrippe? _____

Besuchte das Kind einen Kindergarten (ab 3 Jahre)

- Nein, ggf. warum nicht? _____
- Ja, ab welchem Alter? _____ keine Angaben möglich
- In welchen? _____
- Wechsel in einen anderen Kindergarten? _____

Traten während der Kinderkrippe/ -gartenzeit Schwierigkeiten auf?

- Nein keine Angaben möglich
- Eingewöhnungsschwierigkeiten unruhiges/ zappliges Verhalten
- Trennungsschwierigkeiten aggressives/ destruktives Verhalten
- Kontaktschwierigkeiten (ängstlich, gehemmt) Spielstörungen
- andere, Welche? _____

Welche Angaben treffen auf das Spiel- und Freizeitverhalten ihres Kindes in dieser Zeit zu?

- spielt überwiegend: mit sich allein mit Gleichaltrigen mit Jüngeren mit Älteren
- spielt überhaupt selten entwickelt wenig Phantasie
- kann schlecht auf andere eingehen, dominant im Spiel kann nicht verlieren
- hat wenig Ausdauer, nur kurze Zeit bei der Sache zerstört mutwillig Spielsachen
- benötigt viel Anleitung beim Spielen, unselbstständig ist ungeschickt
- hält sich nicht an Regeln andere, Welche? _____

Welche Kinderkrankheiten traten auf?

- keine Masern Mumps Windpocken Röteln Scharlach
- Diphtherie
- keine Komplikationen Ja/ Welche? _____

Traten bis zur Einschulung schwere oder chronische Krankheiten auf?

Nein Ja/ Welche? Seit wann? _____

Hat das Kind Schädelunfälle erlitten?

Nein Ja/ mit _____ Jahren

Dabei zeigte das Kind: Erbrechen Bewusstlosigkeit Blutung aus Ohr/ Mund Lähmung

keine Angaben möglich

Die Pflege und Erziehung bis zur Einschulung war:

problemfrei und eine glückliche Zeit fast problemfrei mit den üblichen Schwierigkeiten verbunden

eine schwierige Zeit, die Sorgen bereitet hat keine Angaben möglich

Traten bis zur Einschulung Temperaments- und Verhaltensauffälligkeiten auf?

Nein keine Angaben möglich

motorische Unruhe, immer in Bewegung Neigung zu Verletzungen

Kopfwerten, Wiegen mit dem Körper, Schaukelbewegungen (z.B. vor dem Einschlafen)

Ungeschicklichkeit mit Händen und Armen Bewegungsarmut, sehr ruhig

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen (nächtliches Schreien)

Angstträume, Schlafwandel Ernährungsstörung

Nägelkauen Daumenlutschen

Haare ausreißen übermäßige starke und häufige Trotzanfälle

Gehemmtheit, Unsicherheit, Ängstlichkeit Unselbstständigkeit, sucht viel Nähe zur Mutter/ Vater

sucht viel Körperkontakt („Klammeräffchen“) wehrt Körperkontakt ab, wirkt emotional unbeteiligt

übermäßig ängstlich gegenüber Fremden Eifersucht

Infektneigung/ häufig kränklich Wenig Spielfreunde, benötigt häufig Anleitung

andere, Welche? _____

Waren Sie oder der andere Elternteil in der Zeit bis zur Einschulung längere Zeit vom Kind getrennt?

Nein keine Angabe möglich

Ja, warum und wie lange? _____

Womit hat ihr Kind Sie in dieser Zeit begeistert? Was war „typisch“ für ihr Kind? _____

Was hat Ihnen in dieser Zeit Sorge bereitet? _____

Belastungen/ besondere Ereignisse/ Umzüge beim Kind oder in der Familie in dieser Zeit? _____

3. Schullaufbahn:

Einschulung Alter _____ zeitgerecht vorzeitig zurückgestellt, weil: _____
 Grundschule Förderschule

Aktuelle Schule _____ Klasse: _____

Telefonnummer der Schule: _____ KlassenlehrerIn: _____

Klassenwiederholungen nein ja, weil: _____

Klassenstufe übersprungen nein ja, Welche Klasse? _____

Schulwechsel nein ja, Welche Schule? _____

Hortbesuche nein ja, von-bis? _____

Förderstatus nein ja, welche Art? _____

Hinweise auf Teilleistungsstörung? nein ja und zwar _____
(Legasthenie und/ oder Dyskalkulie)

Wo wurde dies diagnostiziert (Name, Anschrift)? _____

ggf. Schulabschluss/ beruflicher Werdegang _____

Traten Schulschwierigkeiten auf?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich | |
| <input type="checkbox"/> Konflikte mit Lehrern | <input type="checkbox"/> Konflikte mit Mitschülern | <input type="checkbox"/> Kontaktstörung |
| <input type="checkbox"/> aggressiv-störendes Verhalten | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung | <input type="checkbox"/> Lernschwierigkeiten |

Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule? Welche Fächer mag ihr Kind nicht?

Welches Lernverhalten ist „typisch“ für ihr Kind?

Wo werden die Hausaufgaben erledigt?

Was sagen die Lehrer über die Entwicklung des Kindes?

Wie zufrieden sind Sie als Eltern mit der Schul- /Lernsituation?

Wie ist die soziale Integration in der Schule?

Was hat Ihnen in dieser Zeit Sorge bereitet?

Belastungen/ besondere Ereignisse/ Umzüge beim Kind oder in der Familie in dieser Zeit?

Angaben zu speziellen Förderungen und Unterstützung

	Name, Institution, Grund, ggf. Anschrift	von	bis
Physiotherapie			
Logopädie			
Ergotherapie			
Psychotherapie			
Lerntherapie			
Familienhilfe			
private Nachhilfe			

4. Weiteres:

körperliche Erkrankungen

- Allergien: nein ja, Welche? _____
- schwere oder chronische Erkrankungen: nein ja, Welche? _____
- Operationen: nein ja, Welche? _____
- Klinikbehandlungen: nein ja, Wo? _____
- regelmäßige Medikation: nein ja, Was? _____

Entwicklung Pubertät

Wann ist ihr Kind in die Pubertät eingetreten? mit ca. ____ Jahren noch nicht

Sexuelle Entwicklung: Besteht sexuelle Interessen/ Kontakte? Besteht Unsicherheiten/ Schwierigkeiten wegen sexueller Orientierung? _____

Hat ihr Kind Probleme beim

- (Ein-) Schlafen Essen bzw. mit dem Appetit
- Trinken Freundschaften zu schließen oder aufrecht zu halten
- andere _____

Gibt es Hinweise, dass ihr Kind folgende Substanzen konsumiert?

- Nikotin nein ja, Menge? _____
- Alkohol nein ja, Menge? _____
- andere Drogen nein ja, Substanz und Menge? _____

Wie würden Sie den Medienkonsum ihres Kindes beschreiben (durchschnittliche Stundenanzahl pro Tag)?

Computer _____ Std./ Tag

Spielekonsole (z.B. Playstation) _____ Std./ Tag

Fernsehen _____ Std./ Tag

Internet _____ Std./ Tag

Handy _____ Std./ Tag

Bevorzugte Aktivitäten am Handy/ Internet _____

Welche Hobbys hat ihr Kind? _____

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft?

nein

ja, Welche? _____

Wie oft pro Woche trifft sich ihr Kind außerhalb der Schule mit Gleichaltrigen? _____ pro Woche

Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?

eher streng

eher nachgiebig

beide Eltern erziehen sehr unterschiedlich

Gibt es Konsequenzen? Wenn ja, welche? _____

Gibt es Taschengeld? Wenn ja, wie viel? _____

Wer erzieht das Kind überwiegend

Mutter

Vater

beide gleich viel

andere Personen

5. Familienanamnese:

aktuelle Lebenssituation des Kindes

Das Kind lebt derzeit:

bei beiden leiblichen Eltern

bei der leiblichen Mutter

seit wann: _____

bei dem leiblichen Vater

seit wann: _____

in einer Pflegefamilie

seit wann und Name: _____

in einer Adoptivfamilie

seit wann und Name: _____

in einer Heimeinrichtung

seit wann und Name: _____

Bei getrennt lebenden Eltern:

Wann war die Trennung? _____

Ggf. wann war die Scheidung? _____

Umgangsregelung? _____

Wohnsituation (z.B. eigenes Zimmer, wird geteilt?) _____

Finanzielle Situation

sehr gut

gut

ausreichend

angespannt

Gibt es Spannungen zwischen den Eltern?

Sind Sie/ ihr Kind mit der aktuellen Wohnsituation zufrieden? Veränderungswünsche?

Falls es noch nicht erwähnt wurde, ist das Kind schon einmal umgezogen (von wo nach wo, wann, Probleme)?

Informationen zur Mutter

Werdegang

Schulabschluss: nein ja, welchen? _____

Ausbildung/ Studium: nein ja, welche? _____

aktuelle Tätigkeit: nein ja, welche? _____

Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

Bei getrennt lebenden Eltern

Lebt die Mutter in einer neuen Partnerschaft? ja, seit _____ nein

Partner:

Name/ Vorname _____ Alter _____

Ausbildung/ Studium _____ aktuelle Tätigkeit _____

Großeltern mütterlicherseits:

Alter Großmutter _____ Kontakt gut regelmäßig kein Kontakt

Alter Großvater _____ Kontakt gut regelmäßig kein Kontakt

Informationen zum Vater

Werdegang

Schulabschluss: nein ja, welchen? _____

Ausbildung/ Studium: nein ja, welche? _____

aktuelle Tätigkeit: nein ja, welche? _____

Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

Bei getrennt lebenden Eltern

Lebt der Vater in einer neuen Partnerschaft? ja, seit _____ nein

Partner:

Name/ Vorname _____ Alter _____

Ausbildung/ Studium _____ aktuelle Tätigkeit _____

Großeltern väterlicherseits:

Alter Großmutter _____ Kontakt gut regelmäßig kein Kontakt

Alter Großvater _____ Kontakt gut regelmäßig kein Kontakt

Informationen zu Geschwistern (Halb-/ Stief- und leiblichen Geschwistern, ggf. extra Blatt benutzen)

	Name des Kindes	Geb.-Jahr	Schule/ Ausbildung	Verwandtschaftsgrad (mütterlicherseits/väterlicherseits, adoptiert, Pflegekind)	Wohnhaft bei (Mutter, Vater, WG,...)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Gibt es Rivalitäten oder Spannungen zwischen den Geschwistern?

körperliche/ psychiatrische Erkrankungen der Familie

Welche Erkrankungen/ Auffälligkeiten sind in der Ursprungsfamilie des Kindes bekannt?

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
keine <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intelligenzminderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persönlichkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression/ Angststörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholismus/ Sucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidversuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle/ neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
chronische, internistische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere, welche?	<hr/>			

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

- Vater
 Mutter
 andere Bezugsperson
 Einrichtung

Vielen Dank, Sie haben ihrem Kind und uns sehr geholfen!