



## Anamnesebogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Vorstellungsanlass (Aktuelle Beschwerden/Probleme): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen die oben genannten Probleme/Beschwerden? \_\_\_\_\_

Was wurde bisher versucht, um die Probleme zu lösen? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Wünsche für die Diagnostik/Behandlung? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

### Eigenanamnese:

Wunschkind?  Ja  Nein

Wievielte Schwangerschaft?: \_\_\_\_\_

Schwangerschaftsverlauf:

ohne Komplikationen

mit Komplikationen:

Erbrechen

Blutungen

Röteln oder andere schwere fieberhafte Erkrankungen

Toxoplasmose



- Zuckerkrankheit (Diabetes)
  - erhöhter Blutdruck
  - Nierenerkrankung (vermehrte Eiweißausscheidung im Urin)
  - Krampfanfälle oder Ohnmachten
  - andere: \_\_\_\_\_
- 

Stressoren während der Schwangerschaft:  Nein  Ja, welche?: \_\_\_\_\_

---

---

---

Haben Sie während der Schwangerschaft Genussmittel zu sich genommen (z.B. als Sie noch nichts von der Schwangerschaft wussten)?

- Alkohol (ja/nein)     Nikotin (ja/nein)     Drogen (ja/nein)

Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente genommen?  Ja  Nein

Wenn ja, welche Medikamente haben Sie genommen und in welchem Monat? \_\_\_\_\_

---

---

Die Geburt erfolgte in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche.

Traten Komplikationen bei der Geburt auf?  Nein     Ja:  Künstliche Einleitung der Geburt

Sauerstoffmangel     Kaiserschnitt     Zangengeburt     Saugglocke

Steißgeburt     Verschlechterung der kindlichen Herztöne     Nabelschnurumschlingung

andere: \_\_\_\_\_

---

---

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g, Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm, APGAR: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Daten sind im gelben U-Heft hinterlegt)

Gab es nach der Geburt Komplikationen?  Nein     Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

---

Sind Sie als Bezugspersonen nach der Geburt gut in Kontakt gekommen mit ihrem Kind:



Ja  Nein, weil \_\_\_\_\_

---

---

---

Gab es Auffälligkeiten innerhalb der U-Untersuchungen?  Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

---

Gab es Stressoren innerhalb der ersten 3 Lebensjahre (z.B. Trennung, psychische Belastungen, körperliche Belastungen, Jobverlust usw.)?:

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

---

Wie würden Sie Ihr Kind in den ersten Lebensjahren beschreiben (z.B. sehr neugierig, freudig, ängstlich, aufgeweckt, ruhig...):

---

---

---

---

### Die Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung:

|                         |   |
|-------------------------|---|
| <b>Motorik</b>          | <input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert<br><br><input type="checkbox"/> Auffälligkeiten:  |
| <b>Sprache/Sprechen</b> | <input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert<br><br><input type="checkbox"/> Muttersprache:<br><br><input type="checkbox"/> Auffälligkeiten: |



|  |  |
|--|--|
| <b>Sauberkeitsentwicklung</b>  | <input type="checkbox"/> zeitgerecht <input type="checkbox"/> verzögert<br><br><input type="checkbox"/> Auffälligkeiten: |
| <b>Temperament</b><br>(ängstlich, unsicher, hitzig...)<br><br><b>Trotzphase</b><br>(in welchem Alter?) |  |

Dauer Elternzeit: \_\_\_\_\_ Monate ( nur Mutter  nur Vater  beide)

Eingewöhnung in die KiTa mit: \_\_\_\_\_ Monaten verlief:  ohne Probleme  erschwert:

(z.B. Trennungsangst) \_\_\_\_\_

Gab es Verhaltensauffälligkeiten in der KiTa-Zeit (Entwicklungsbericht bitte in Kopie beifügen)?

Nein  Ja und welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Freunde in der KiTa und wurde bspw. auch zu Geburtstagen o.ä. eingeladen?

Ja  Nein

Hatte Ihr Kind einen Integrationsstatus ("I-Status")?  Nein  Ja, aufgrund \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es KiTa-Wechsel und wenn ja, wie viele?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Mal wegen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es eine KiTa-Rückstellung?  Nein  Ja, aufgrund von \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Einschulung erfolgte:  verfrüht (mit \_\_\_\_\_ Jahren)  zeitgerecht  verspätet (mit \_\_\_\_\_ Jahren)

Verhalten in der Übergangsphase (KiTa – Schule): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aktuell besucht mein Kind die \_\_\_\_\_ Klasse einer/s  Grundschule  Sekundarschule  Gymnasiums  
 Förderschule  Berufsschule  sonstiges: \_\_\_\_\_

Gab es bislang Klassenwiederholungen?  Nein  Ja, die \_\_\_\_\_ Klasse wurde wiederholt.

Notendurchschnitt vom letzten Zeugnis (Kopie bitte beifügen): \_\_\_\_\_



Diagnostizierte Teilleistungsstörungen (Befunde/Berichte bitte in Kopie beifügen):

keine  Lese- und Rechtschreibstörung  Dyskalkulie

Und erhält Ihr Kind diesbezüglich einen Nachteilsausgleich?  Ja  Nein

Ist Ihr Kind sozial integriert in der Klasse (feste Freundschaften, Einladungen zu Geburtstagen o.ä.):

Ja  Nein, weil: \_\_\_\_\_

Gibt es gegenwärtig besondere (äußere) Belastungsfaktoren/Stressoren (z.B. Trennungen, Konflikte, Mobbing, psychische und/oder körperliche Erkrankungen innerhalb der Familie, Arbeitslosigkeit, ...)?

Nein  Ja, welche?: \_\_\_\_\_

Wer ist die Vertrauensperson/Bezugsperson von Ihrem Kind?:  Vater  Mutter  Schwester  Bruder  
 Tante/Onkel  Großvater/-mutter  sonstige: \_\_\_\_\_

Ist ihr Kind religiös?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Gab es in der Vergangenheit besondere Erkrankungen/Unfälle/Krankenhausaufenthalte bei Ihrem Kind?

Nein  Ja (bitte mit Datum): \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit Therapien und falls ja, **wann und warum?** (Befunde/Berichte bitte in Kopie beifügen)

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Logopädie</b>      | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |
| <b>Ergotherapie</b>   | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |
| <b>Psychotherapie</b> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |



|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Lerntherapie</b> | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja: |
| <b>andere:</b>      |  |

Gibt es aktuell weitere Fachkräfte, die Sie und/oder ihr Kind unterstützen?  Nein  Ja:

Einzelfallhelfer\*in  Schulhelfer\*in  Familienhelfer\*in  sonstige: \_\_\_\_\_

### Familienanamnese:

Name der **Mutter**: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Migrationshintergrund:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausbildungs-/Studienabschluss:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (Vollzeit/Teilzeit): \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_

Erziehungsstil: \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es psychische Erkrankungen/Süchte der Mutter und/oder in der Familie mütterlicherseits?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

Name des **Vaters**: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Migrationshintergrund:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Ausbildungs-/Studienabschluss:  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit (Vollzeit/Teilzeit): \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_

Erziehungsstil: \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es psychische Erkrankungen/Süchte des Vaters und/oder in der Familie väterlicherseits?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_



Sind Sie die leiblichen Eltern/Adoptiveltern/Pflegeeltern/Bezugspersonen?

---

Leben Sie in einer harmonischen Partnerschaft/konfliktreichen Partnerschaft oder in keiner Partnerschaft? \_\_\_\_\_

---

Sind Sie verheiratet, getrennt lebend, geschieden, wiederverheiratet oder verwitwet und seit wann?

---

Wo lebt das Kind? (Lebensmittelpunkt)? \_\_\_\_\_

Gibt es Besuchskontakte/ -regelung?  Nein  Ja und zwar: \_\_\_\_\_

---

Lebt die Mutter in einer neuen Partnerschaft?  Nein  Ja

Lebt der Vater in einer neuen Partnerschaft?  Nein  Ja

Gibt es **Geschwister**?

Nein  Ja (Wie viele? Alter? KiTa/Schule/Ausbildung/Studium/Beruf?): \_\_\_\_\_

---

---

Beziehung zu Geschwistern: \_\_\_\_\_

Gab/Gibt es psychische Erkrankungen/ Süchte der Geschwister?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Gab/ Gibt es körperliche Erkrankungen (auch geistige Behinderungen) der Geschwister?

Nein  Ja, welche? \_\_\_\_\_

---

**Bitte bringen Sie folgende Unterlagen ihres Kindes zum Erstgespräch mit:**

- Kopie letztes Schulzeugnis und/oder Kopie letzter Entwicklungsbericht der KiTa
- Befunde und Berichte von vergangenen Aufenthalten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und/oder Behandlungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis
- Befunde und Berichte von laufenden oder abgeschlossenen Therapien wie beispielsweise Ergotherapie/Logopädie/Lerntherapie/ambulante Psychotherapie