



Anamnesebogen

Beschreibung der Problematik:

Was sind die aktuellen Gründe für eine Vorstellung in unserer Praxis?

Seit wann bestehen die Probleme?

Was soll sich verändern?

Familie:

Familienstand der Eltern

- | | |
|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> nicht-eheliche Partnerschaft | seit wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> verheiratet | Datum Eheschließung _____ |
| <input type="checkbox"/> getrennt lebend | seit wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> geschieden | Datum der Scheidung _____ |
| <input type="checkbox"/> verwitwet | seit wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft der Mutter | seit wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft des Vaters | seit wann? _____ |

Schwere Erkrankungen, emotionale Belastungen, Beziehungsprobleme der Eltern

keine ja, und zwar _____

Geschwister

leibl. Geschw. Halbgeschw. Adoptivgeschw. Pflegegeschw.

1. Name _____ Geb.Datum _____

Kiga/Schule/Ausbildung/Studium _____

Wohnt bei _____

2. Name _____ Geb.Datum _____

Kiga/Schule/Ausbildung/Studium _____

Wohnt bei _____

3. Name _____ Geb.Datum _____

Kiga/Schule/Ausbildung/Studium _____

Wohnt bei _____

4. Name _____ Geb.Datum _____

Kiga/Schule/Ausbildung/Studium _____

Wohnt bei _____

Schwere Erziehungsprobleme, Erkrankungen, Entwicklungsverzögerungen der Geschwister

keine ja, und zwar (Name angeben) _____

Verhältnis Patient*in zu den Geschwistern _____

Schwangerschaft:

Gab es Auffälligkeiten (z.B. Erbrechen, Blutungen)?

nein ja, und zwar _____

Rauchen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Alkohol/andere Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
emotionale Belastungen/Unfälle/Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein _____

Geburt:

Gab es Besonderheiten/Komplikationen (z.B. Frühgeburt, Kaiserschnitt, Geburtsstillstand)?

keine ja, und zwar _____

Erstes Lebensjahr:

Stillen ja, und zwar _____ Wochen/Monate nein

Trinkschwäche ja _____ nein

Ernährungsstörung ja _____ nein

Schlafprobleme ja _____ nein

Regulationsprobleme ja _____ nein
(z.B. häufiges Schreien,
Unruhe) _____

Frühkindliche Entwicklung:

Motorische Entwicklung

unauffällig nicht gekrabbelt Laufen mit _____ Monaten

Radfahren mit _____ Jahren Schwimmen mit _____ Jahren

Förderbehandlungen: _____

Sprachliche Entwicklung

unauffällig verzögert geringer Wortschatz Stottern, Lispeln

Anderes _____

Förderbehandlungen _____

Sauberkeitsentwicklung

unauffällig nässt nachts ein nässt nachts ein kotet ein

trocken tagsüber mit _____ Jahren trocken nachts mit _____ Jahren

Beschreibung des frühkindlichen Verhaltens / Temperaments

- Gehemmt, unsicher ja nein
- Motorisch unruhig, viel in Bewegung ja nein
- Ängstlich gegenüber unbekanntem Situationen/Menschen ja nein
- Ordnungsliebend, sortiert Dinge ja nein
- Eifersüchtig ja nein
- Sucht viel Körperkontakt ja nein
- Spielt gern allein ja nein
- Unselbstständig, vergewissert sich viel bei Bezugspersonen ja nein
- Sucht Kontakt zu anderen Kindern ja nein
- Waghalsig, angstfrei ja nein
- Andere ja nein
-

Medizinische Besonderheiten:

- Operationen nein ja, und zwar _____
- Schwere Erkrankungen nein ja, und zwar _____
- Schwere Unfälle nein ja, und zwar _____

Werdegang:

- Krippe/Tagesmutter mit _____ Monaten Kindergarten mit _____ Jahren
- Einschulung mit _____ Jahren Besonderheiten (z.B. Wiederholung einer Klasse) _____
-

Welche Person(en) gaben Ihnen / Dir die Empfehlung zu einer therapeutischen Behandlung? _____

Wodurch fiel die Wahl auf unsere Praxis? _____

Was wäre Ihnen / Dir noch wichtig mitzuteilen? _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt
am _____ von _____

Vielen Dank!