

Anamnesebogen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Bitte füllen den anliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus und senden Sie ihn unterschrieben zurück bzw. geben Sie ihn in unserer Anmeldung ab. **Bitte haben Sie Verständnis, dass für eine Untersuchung oder Behandlung die Einwilligung beider Sorgeberechtigten vorliegen muss.**

Wir bitten Sie, Zeugnisse, evtl. Vorbefunde oder Berichte (möglichst in Kopie) und das gelbe Vorsorgeheft mitzubringen.

Einwilligung

Hiermit erkläre ich mich mit der Untersuchung und Behandlung meines Kindes bei Herrn Hauke Wrede in der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Osterstr. 17 in 25917 Leck einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift Mutter

Ort, Datum, Unterschrift Vater

Ich bin alleiniger Inhaber der elterlichen Sorge (bitte ggf. ankreuzen)

Schweigepflichtsentbindung

Unsere Praxis unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Für die Behandlung ist jedoch häufig ein Informationsaustausch mit dem Haus- oder Kinderarzt sinnvoll. Um dies zu ermöglichen, benötigen wir Ihre Zustimmung.

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiter der Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Leck in der Osterstraße 17 nach Untersuchung des Kindes _____ von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber dem Arzt/ der Ärztin: _____ zum gegenseitigen Informationstausch.

Ort, Datum, Unterschrift Mutter

Ort, Datum, Unterschrift Vater

Sofern erwünscht, kann ein weiterer Informationsaustausch der Praxis mit Dritten eingegangen werden. Dazu wäre eine weitere Schweigepflichtsentbindung erforderlich.

Hiermit entbinde ich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Praxis der Schweigepflicht gegenüber:

1. _____

2. _____

Ort, Datum, Unterschrift Mutter

Ort, Datum, Unterschrift Vater

Wir bitten Sie, den folgenden Fragebogen sorgfältig und genau auszufüllen.

Name, Vorname des Kindes: _____

Geb.-Datum: _____ Alter: _____ Klasse: _____ Schulart: _____

Telefon der Person, bei der das Kind lebt: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Wohnort bei: _____

Arzt: _____ tätig in: _____ O Hausarzt O Kinderarzt

Krankenversicherung: _____ Kind ist versichert über: _____

Weshalb und mit welchen Problemen wenden Sie sich mit Ihrem Kind an uns?

Welche Hilfen erhielt Ihr Kind bisher? (*Bitte fügen Sie ggf. den letzten Befund bei.)

Haben Sie ihr Kind schon Kinder- Jugendpsychiatrisch vorgestellt? O ja O nein

Frühförderung O ja O nein

Logopädie O ja O nein

Ergotherapie O ja O nein

Psychomotorische Behandlung O ja O nein

Zur Familie des Kindes:

Leibliche Mutter

leiblicher Vater

Name: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Geb.-Datum: _____

erlernter Beruf: _____

erlernter Beruf: _____

jetzige Tätigkeit: _____

jetzige Tätigkeit: _____

Wenn Adresse vom Wohnort des Kindes abweichend, bitte angeben:

Straße/Nr.: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____

PLZ/Wohnort: _____

Die Eltern: sind verheiratet seit _____ leben getrennt seit _____

sind geschieden seit _____ leben zusammen seit _____

Das Kind ist: ein leibliches Kind adoptiert in Pflege- oder
Heimerziehung

Ein Elternteil ist: verstorben schwer erkrankt

Bestehen psychische Erkrankungen innerhalb der Familie? Bei wem ist seit wann, welche Erkrankung bekannt? _____

Geschwister (falls vorhanden)

	Vorname	Alter	Schulart	Wohnt wo?	ADS/LRS/psychisch. Erkrankung?
1.Geschwister					
2.Geschwister					
3.Geschwister					
Weitere Geschwister					

Besteht Kontakt zu den Großeltern?

Mütterlicherseits: ja nein Väterlicherseits: ja nein

Wohn- und finanzielle Verhältnisse

Gibt es ungünstige Wohnverhältnisse oder finanzielle Belastungen? ja nein

Zur Entwicklung des Kindes

Gab es Komplikationen während der Geburt, bzw. der Schwangerschaft?

ja nein – wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht: _____ g Geburtsgröße: _____ cm

APGAR-Werte: _____

Ergaben sich Probleme in der Neugeborenenperiode? (z.B. Infektion, Gelbsucht) ja nein

In welchem Alter lernte ihr Kind laufen? _____

Wann wurde es sauber? _____

Wann wurde es tagsüber/nachts trocken? _____

War die Sprachentwicklung altersgemäß? ja nein

Wenn nein: später Beginn undeutliche Aussprache falsche Sätze

In welchem Alter sprach ihr Kind die ersten Wörter? _____

Wie war das Verhalten ihres Kindes im Kindergarten?

Wie schätzen Sie den Entwicklungsverlauf Ihres Kindes ein?

Insgesamt normale Entwicklung wie andere Kinder seines Alters

Insgesamt verzögerte Entwicklung, entwickelt sich langsamer als andere Kinder

Insgesamt schneller Entwicklungsverlauf, ist meist weiter als andere Kinder

Körperliche Merkmale (Zutreffendes bitte ankreuzen)

... hat eine schlecht lesbare oder krakelige Schrift			Ja	Nein
... macht ungeschickte Bewegungen. Wenn ja, z.B.:				
... hat störende Angewohnheiten. Wenn ja, z.B.:				
Mein Kind...	Nicht	Selten	Oft	immer
... neigt zu Kopfschmerzen.				
... hat Einschlaf- oder Durchschlafstörungen.				
... hat Essprobleme oder Essstörungen.				
... hat sich schon einmal absichtlich verletzt.				

Welche besonderen Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht, in welchem Alter?

z.B. Anfallsleiden. Wenn ja, seit wann?
 allergische Erkrankungen, Wenn ja, seit wann?
 Stoffwechselerkrankungen, Wenn ja, seit wann?
 Andere: _____ Wenn ja, seit wann? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt? ja nein

Wenn ja, wann und warum? _____

Hat Ihr Kind einen Behindertenausweis? ja nein

Hat Ihr Kind einen Sehfehler oder Hörfehler? ja nein

Diagnose (falls bekannt): _____

Wann wurde es zuletzt von einem Facharzt untersucht? _____

Schulische Entwicklung

Einschulung im Jahre: _____ vorzeitig verspätet regelrecht

Klassenwiederholungen oder Zurücksetzungen

Schulwechsel (z.B. durch Wohnortwechsel)? ja nein

Gewählter Schulart: _____

Wurden Prüfungen auf schulische Hilfen, wie etwa Legasthenie oder Förderstatus durchgeführt?

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? ja nein

Besonders belastende Ereignisse seit der Einschulung

Wenn ja, welche? _____

Fehlt Ihr Kind häufig in der Schule? ja nein

Beschwerden oder Ängste in Zusammenhang mit der Schule ja nein

Bestehen Schwierigkeiten mit den Lehrkräften oder Mitschülern? ja nein

Bestehen Lernschwierigkeiten

Beim lesen ja nein

Bei Diktaten ja nein

Beim Rechnen ja nein

Eigentlich in allen Fächern ja nein

Bestehen oder bestanden ähnliche Lernschwächen in der Familie? ja nein

Förderunterricht in der Schule oder Nachhilfe außerhalb der Schule? ja nein

Hausaufgabensituation

Verschweigt oder verweigert Ihr Kind Hausaufgaben? ja nein

Muss es meistens aufgefordert werden? ja nein

Müssen Sie bei den Hausaufgaben ständig anwesend sein? ja nein

Kommt es bei den Hausaufgaben häufiger zu Streit? ja nein

Wie lange braucht Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? _____

Arbeitet es flüchtig und oberflächlich? ja nein

Gedächtnisfunktion

Lernt es schwer auswendig? ja nein

Behält es Vokabeln trotz ausreichendem Lernen nur schwer? ja nein

Aufmerksamkeit

Mein Kind...	Nie	Selten	Oft	Immer
... macht viele Flüchtigkeitsfehler oder beachtet Einzelheiten nicht.				
... kann sich nur schwer länger als 10 Minuten konzentrieren.				
...scheint nicht zuzuhören, wenn man mit ihm spricht.				
... führt Dinge nicht bis zu Ende oder unvollständig durch.				
... hat Schwierigkeiten, Aufgaben zu organisieren.				
... vermeidet oder hat eine Abneigung gegen Aufgaben / Spiele, die eine längerdauernde geistige Anstrengung erfordern.				
... ist durch äußere Reize leicht ablenkbar.				
... ist bei Alltagstätigkeiten vergesslich.				
... ist verträumt.				

Seit wann bestehen die Aufmerksamkeitsprobleme? _____

Überaktivität

Mein Kind...	Nie	Selten	Oft	immer
... ist unruhig oder immer in Bewegung.				
... steht im Unterricht oder anderen Situationen auf, in denen Sitzenbleiben erwartet wird oder läuft herum.				
... hat Schwierigkeiten, sich ruhig zu beschäftigen.				
... das unruhige Verhalten ist selbst durch Ermahnungen nur schwer zu begrenzen.				
... gehört meistens zu den langsamsten.				

Seit wann besteht die erhöhte Unruhe und Zappeligkeit? _____

Impulsivität

Mein Kind...	Nie	Selten	Oft	immer
...platzt mit Antworten heraus, bevor die Frage zu Ende gestellt ist.				
... kann nur selten schwer abwarten, bis es an die Reihe kommt.				
... unterbricht oder stört anderen (z.B. platzt in die Unterhaltung)				
... redet übermäßig viel.				
... unternimmt gefährliche Aktivitäten, ohne die Gefahr abschätzen zu können.				

Seit wann bestehen die Impulskontrollprobleme? _____

Soziales Verhalten und Umgang mit Regeln

Mein Kind...	Nie	Selten	Oft	immer
... streitet mit Erwachsenen.				
... widersetzt sich den Anweisungen von Erwachsenen.				
... fällt es schwer einen Fehler zuzugeben.				
... ist wütend oder beleidigt.				
... sagt die Unwahrheit.				
... stört im Unterricht oder bei Gruppenaktivitäten.				
... hat einen niedrige Frustrationstoleranz (z.B. kann schlecht verlieren oder abwarten „flippt“ leicht aus?				
Kommen von anderen Klagen über das Verhalten des Kindes?				
Verstößt ihr Kind gegen die Regeln in der Familie?				
Besteht besonders starke Geschwisterrivalität?				
Sind die Eltern in der Erziehung verschiedener Meinung?				

Stimmungslage

Mein Kind...	Nie	Selten	Oft	Immer
... ist schnell entmutigt.				
... ist in bedrückter Stimmung.				
... hat Stimmungsschwankungen, die Sie sich nicht erklären können?				
... verschweigt Schwierigkeiten.				
... ist rasch verunsichert und ängstlich.				
... ist im Kontakt mit anderen unsicher.				

Haben Sie Veränderungen der Stimmungslage Ihres Kindes im Vergleich zu früher beobachtet, z.B.				
... häufigeres Weinen als früher?				
... vermehrter Rückzug von Gleichaltrigen?				
... Abnahme der Freude/Interesse an Dingen, die Ihrem Kind vorher gefallen haben?				
... stärkere Gereiztheit als früher?				
... ist es häufiger ohne besonderen Grund traurig/den Tränen nahe?				
... wirkt es häufiger hoffnungslos und verzweifelt?				

Seit wann bestehen die Veränderungen der Stimmungslage? _____

Ängste

Hat ihr Kind wiederholt große Angst und/oder reagiert es bisweilen panisch? ja nein

Hat Ihr Kind Angst, sich zu trennen? ja nein

Hat ihr Kind Angst, dass jemanden etwas zustößt? ja nein

Hat Ihr Kind Angst vor bestimmten Dingen? ja nein

Hat Ihr Kind bei Angst körperliche Symptome? ja nein

Gab es Phasen in der Ihr Kind besondere Angst zeigte und Sie den Eindruck hatten, dass sich Ihr Kind an ein sehr belastendes oder bedrohliches Ereignis erinnerte? ja nein

Falls Ihnen im Verhalten Ihres Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf, oder besteht es auf bestimmten Abläufen, oder beobachten Sie, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wurde? ja nein

Kontakt- und Freizeitverhalten

Wie begegnet Ihr Kind anderen Erwachsenen? _____

Wie verhält sich Ihr Kind anderen Kindern/Jgdl. gegenüber? _____

Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu seinen Freunden ein (außerhalb der Schule)?

Verabredet sich mit vielen Bekannten

Hat einige gute Freunde

Hat keine Freunde

Hat Schwierigkeiten, weil: _____

Beteiligt sich ihr Kind an regelmäßigen Freizeitaktivitäten? ja nein

Hat Ihr Kind Hobbies oder besondere Interessen? ja nein

Womit beschäftigt es sich gerne/viel? _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Spielkonsole/Computer/Handy Fernsehen (Stunden pro Tag)? _____

Welche Dinge klappen gut?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Mutter Vater beiden Eltern

anderen Personen: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____