

Anamnesebogen

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte,

Bitte füllen Sie den anliegenden Anamnesebogen sorgfältig und vollständig aus und senden Sie ihn unterschrieben zurück bzw. geben Sie ihn unserer Anmeldung ab.

Bitte haben Sie Verständnis, dass für eine Untersuchung oder Behandlung die Einwilligung beider Sorgeberechtigten vorliegen muss.

Wir bitten Sie

- Zeugnisse (Kopie)
- Gelbes Vorsorgeheft (Kopie)
- Alle Vorbefunde oder Berichte (Kopie) und die
- Krankenversicherungskarte mitzubringen.

Einwilligung

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

Ort, Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigt)

Ort, Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigt)

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

Terminerinnerung

Hiermit stimme ich zu, dass mich die Mitarbeiter der Praxis unter der angegebenen E-Mail-Adresse/ Telefonnummer an den vereinbarten Termin erinnern kann.

Diese Einverständniserklärung kann mündlich oder schriftlich jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort, Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigt)

Befundbericht

Bei abgeschlossener Diagnostik stimme ich zu, dass der Befundbericht an

- an die Sorgeberechtigten
- an den Hausarzt / Kinderarzt verschickt wird.

Arzt: _____ Adresse: _____

Ort, Datum, Unterschrift (Sorgeberechtigt)

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

Name, Vorname des Kindes: _____

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

Telefon der Person, bei der das Kind lebt: _____

E-Mail Adresse: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ/Wohnort: _____

Zur Familie des Kindes:

leibliche Mutter

leiblicher Vater

Name: _____

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Geb.-Datum: _____

erlernter Beruf: _____

erlernter Beruf: _____

jetzige Tätigkeit: _____

jetzige Tätigkeit: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: _____

Die Eltern: sind verheiratet seit: _____ leben getrennt seit: _____ sind geschieden seit: _____ leben zusammen seit: _____Ein Elternteil: ist verstorben ist schwer krankDas Kind ist: leibliches Kind adoptiert in Pflege- oder Heimerziehung

Wenn in Pflege- oder Heimerziehung

Name, Vorname Bezugsbetreuer: _____

Das Kind lebt dort seit: _____

Besteht Kontakt zu den Großeltern?

Mütterlicherseits: Ja Nein väterlicherseits: ja Nein

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

Geschwister

	Vorname	Geb.-Datum	Wohnt wo	Beziehung zum Patienten	ADS / LERS/ psychische Erkrankungen
1. Geschwister					
2. Geschwister					
3. Geschwister					
Weitere Geschwister					

Wohn- und finanzielle Verhältnisse

Gibt es ungünstige Wohnverhältnisse oder finanzielle Belastungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

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

Zur Entwicklung des Kindes

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

Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Geburtsgewicht: _____ Geburtsgröße: _____ 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 Worte? _____

Wie war das Verhalten Ihres Kindes im Kindergarten?

Wie schätzen Sie den Entwicklungsstand 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

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

Haben Sie Ihr Kind schon kinder- und Jugendpsychiatrisch vorgestellt? Ja Nein

Frühförderung Ja Nein

Logopädie Ja Nein

Ergotherapie Ja Nein

Psychomotorische Behandlung Ja Nein

Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII Ja Nein

Welche besonderen Krankheiten hat Ihr Kind durchgemacht, welchem Alter? Z.B.

Anfallsleiden. Wenn ja, seit wann? _____

allergische Erkrankungen. Wenn ja, seit wann und wogegen? _____

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 eine Pflegestufe? Ja welche? _____ Nein

Hat Ihr Kind einen Seh- oder Hörfehler? Ja Nein

Diagnose (falls bekannt): _____

Wann wurde es zuletzt von einem Haus- oder Kinderarzt untersucht? _____

Schulische EntwicklungEinschulung im Jahre: _____ vorzeitig verspätet regelrechtKlassenwiederholungen oder Zurücksetzungen Ja NeinGab es einen Schulwechsel? Ja Nein

gewählte Schulart: _____

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

 Ja Nein Wenn ja, welche? _____Geht Ihr Kind gerne zur Schule Ja NeinBesonders belastende Ereignisse seit der Einschulung Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie viele Fehltage gab es im letzten Schulhalbjahr? _____

Beschwerden oder Ängste in Zusammenhang mit der Schule Ja NeinBestehen Schwierigkeiten mit den Lehrkräften oder Mitschülern? Ja Nein**Bestehen Lernschwierigkeiten**Beim lesen Ja Nein bei Diktaten Ja NeinBeim Rechnen Ja Nein eigentlich in allen Fächern Ja NeinBestehen oder bestanden ähnliche Lernschwächen in der Familie? Ja NeinFörderunterricht in der Schule oder Nachhilfe außerhalb der Schule Ja Nein**Hausaufgabensituation**Verschweigt oder verweigert Ihr Kind Hausaufgaben? Ja NeinMüssen Sie bei den Hausaufgaben ständig anwesend sein? Ja NeinKommt es bei den Hausaufgaben häufiger zu Streit? Ja NeinArbeitet es flüchtig und oberflächlich? Ja Nein

Wie lange braucht ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben? _____

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 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 aus, in denen Sitzenbleiben erwartet wird oder läuft herum.				
das unruhige Verhalten ist selbst durch Ermahnungen nur schwer zu ertragen.				
gehört meistens zu den langsamsten				

Seit wann bestehen die erhöhte Unruhe und Zappeligkeit? _____

Impulsivität

Mein Kind....	nie	selten	oft	immer
kann nur selten abwarten, bis es an die Reihe kommt.				
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 und widersetzt sich mit den Erwachsenen.				
Fällt es schwer einen Fehler zuzugeben.				
Ist wütend oder beleidigt.				
Sagt die Unwahrheit.				
Stört im Unterricht oder bei Gruppenaktivitäten.				
Hat eine niedrige Frustrationstoleranz, kann schlecht verlieren oder abwarten "flippt" leicht aus.				
Verstößt Ihr Kind gegen die Regeln in der Familie?				
Besteht eine besondere 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.				

Seit wann bestehen die Veränderungen der Stimmungslage? _____

Ängste

- Hat Ihr Kind wiederholt Angst und/oder reagiert es bisweilen panisch? O Ja O Nein
- Hat Ihr Kind Angst sich zu trennen? O Ja O Nein
- Hat Ihr Kind Angst, dass jemandem etwas zustößt? O Ja O Nein
- Hat Ihr Kind Angst vor bestimmten Dingen? O Ja O Nein
- Hat Ihr Kind Angst bei körperlichen Symptomen? O Ja O Nein
- Gab es Phasen, in denen Ihr Kind besondere Angst zeigte und Sie den Eindruck hatten, dass sich Ihr Kind an ein sehr belastendes oder bedrohliches Ereignis erinnert? O Ja O Nein
- Fallen Ihnen im Verhalten Ihres Kindes zwanghafte Wiederholungen oder übermäßiges Kontrollieren auf? O Ja O Nein

Kontakt- und Freizeitverhalten

Wie begegnet Ihr Kind anderen Erwachsenen? _____

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

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

hat einige gute Freunde

hat keine Freunde

verabredet sich mit Freunden

Beteiligt sich Ihr Kind an regelmäßigen Freizeitaktivitäten? Ja Nein

Hat Ihr Kind Hobbies oder besondere Freizeitaktivitäten? Ja Nein

Womit beschäftigt es sich gerne/viel? _____

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Spielkonsolen/ PC/Handy/ TV (Stunden am Tag)? _____

Welche Dinge klappen gut?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: Mutter Vater beide Eltern andere Person

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____