

Anamnesebogen

1. Vorzustellendes Kind

Name und Vorname des Kindes

Geschlecht

Anschrift (Strasse, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Telefon

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Sorgerecht:

leiblicher Vater leibliche Mutter Amtsvormund Pflegeeltern

andere(r): _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

2. Eltern und Geschwister

2.1 Vater: leiblicher Vater Stiefvater Adoptivvater Pflegevater

anderer: _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Vorname

Anschrift (Strasse, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Telefon

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

Beruf

Bitte zutreffendes unterstreichen: ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig
teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, arbeitslos, in Ausbildung bzw. Umschulung, Rentner, im
Haushalt tätig.

2.2 Mutter: leibliche Mutter Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter

andere: _____ (zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Vorname

Anschrift (Strasse, Haus-Nr., PLZ, Stadt)

Telefon

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

Beruf

Bitte zutreffendes unterstreichen: ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig
teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, arbeitslos, in Ausbildung bzw. Umschulung, Rentnerin, im
Haushalt tätig.

2.3 Leibliche Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname

geboren am

Schule/Beruf

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

3. Lebens- und Wohnsituation des Kindes

1. Leben beide leiblichen Elternteile (zutreffendes bitte unterstreichen)? Beide leben, Vater gestorben, unbekannt hinsichtlich Vater, Mutter gestorben, unbekannt hinsichtlich Mutter, beide gestorben, unbekannt hinsichtlich beider Eltern.
2. Beziehungsstatus der leiblichen Eltern (zutreffendes bitte unterstreichen): Leben zusammen, getrennt/geschieden, durch den Tod getrennt, haben nie zusammengelebt.
3. Derzeitige Wohnsituation: Das Kind wohnt zur Zeit mit
4. Sonstige Wohnsituation (zutreffende bitte unterstreichen): stationäre Jugendhilfe, Reha-/Therapieeinrichtung, wohnt allein, in Ehe/ mit Partner(in), Notunterkunft, kein fester Wohnsitz.
5. Kinderzahl in der gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie (bitte eintragen): _____.

4. Vorstellungsgrund: Welche Sorgen und Probleme Ihres Kindes möchten Sie geklärt haben?

5. Schwangerschaft und Geburt

5.1 Gab es Schwangerschaftskomplikationen (bitte auflühren): _____

5.2 Wurden während der Schwangerschaft Nikotin oder Rauschmittel wie z.B. Alkohol konsumiert?

5.3 In welchem Krankenhaus wurde das Kind geboren/Hausgeburt?

Name und Anschrift des Krankenhauses

Nachname der Mutter bei der Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt

Geburtsgewicht: _____g

Geburtslänge: _____cm

5.4 Gab es Komplikationen bei oder nach der Geburt und wenn ja, welche:

6. **Frühe Kindheit:** Freies Sitzen mit ___ Monaten Laufen mit ___ Monaten

Erste Worte mit ___ Monaten Erste Sätze mit ___ Monaten Tag und Nacht sauber mit ___ Jahren

6.1 Vorerkrankungen

Kinderkrankheiten(z.B.Windpocken): _____

6.2 Unfälle (welcher Art, wann?): _____

6.3 Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?): _____

7. Behandelnder Kinder- oder Hausarzt:

Name und Anschrift

8. Kindergarten- und Schulbesuch

8.1 Kindergarten oder ähnliche Einrichtungen:

andere: _____

Besuch von _____ bis _____ (Monat und Jahr)

Name und Anschrift der Einrichtung

8.2 Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung und wenn ja, welche:

8.3 Wann und wo wurde ihr Kind eingeschult?

8.4 Gab es Probleme bei der Eingewöhnung in den Schulalltag?

8.5 Welche Schulform/Ausbildung besucht Ihr Kind aktuell?

Name und Anschrift der Einrichtung Klassenstufe: _____

8.6 Welcher Lehrer/Ausbilder kann Auskunft geben?

8.7 Wurde eine Klasse wiederholt, wenn ja welche?

9. Sonstige Betreuung

9.1 Wird/wurde Ihr Kind in einem Heim betreut?

Name, Anschrift und Datum (von-bis)

9.2 Wurden/werden Sie von einer Stelle wie bspw. Jugendamt, Sozialamt, Gesundheitsamt, Schulpsychologischen Dienst oder einer Erziehungsberatungsstelle betreut?

Name, Anschrift und Datum (von-bis)

10. Aufnahmebedingungen

10.1 Bei welcher Krankenkasse und durch wen ist Ihr Kind versichert:

*Name der **Krankenkasse***

Versicherte Person

Versichertennummer

(Daten stehen auf der Versichertenkarte)

10.2 Gab es frühere Vorstellungen/Behandlungen wegen psychischer Auffälligkeiten Ihres Kindes bei anderen Institutionen, Psychiater*innen oder Psychotherapeut*innen?

Name und Anschrift

10.3 Wird Ihr Kind gegenwärtig wegen psychischer Auffälligkeiten bei anderen Institutionen, Psychiater*innen oder Psychotherapeut*innen behandelt?

Name und Anschrift

11. Gab es bisher psychiatrische Erkrankungen in der Familie und wenn ja, welche und bei wem:

11.1 Andere Erkrankungen in der Familie (welche bei wem?):

12. Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein und wenn ja, welche?
