



## Fragebogen zur Anamnese

### Vorzustellendes Kind bzw. Jugendliche/r oder Heranwachsende/r

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Adresse:

Tel.:

E-Mail:

### Lebens- und Wohnsituation

**Sorgerecht:**  Mutter  Vater  beide  Vormund

Das Kind bzw. der/ die Jugendliche bzw. Heranwachsende **lebt bei:**

- Mutter  Vater  beiden Eltern  Pflegeeltern  
 Adoptiveltern  sonstigen:  
 Wohngruppe

**ggf. Name(n), Anschrift, Kontaktdaten, ggf. zuständige\*r Betreuer\*in:**

**Vorstellungsgrund** (bei Bedarf bitte zusätzlich die Rückseite verwenden):

Die oben beschriebenen Symptome bestehen seit:

Beziehungsstatus der **leiblichen** Eltern:

- verheiratet       zusammen lebend       getrennt lebend  
 geschieden       verwitwet

**Leiblicher Vater:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift & Telefon:

Schulabschluss:

Beruf:

derzeit tätig als:

**Leibliche Mutter:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift & Telefon:

Schulabschluss:

Beruf:

derzeit tätig als:

## **Geschwister (leibliche, Halb- und Stiefgeschwister)**

1. Name, Vorname: Geburtsdatum:  
Schule/Beruf:
2. Name, Vorname: Geburtsdatum:  
Schule/Beruf:
3. Name, Vorname: Geburtsdatum:  
Schule/Beruf:
4. Name, Vorname: Geburtsdatum:  
Schule/Beruf:

## **Weitere wichtige Bezugspersonen**

*Beziehung zum Kind:*

Name, Vorname:

*Beziehung zum Kind:*

Name, Vorname:

## Vorerkrankungen des Kindes

z. B. Krankheiten, Unfälle, Allergien, Operationen, Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?):

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten

- nein
- ja; die folgenden:

Behandelnder Kinder- bzw. Hausarzt:

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor?

- nein
- ja; die folgenden:

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor?

- nein
- ja; die folgenden:



## Entwicklung - Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr

- keine
  - exzessives Schreien
  - Fütter-/Gedeihstörungen
  - Körperkontakt vermeidend
- wenig Interesse an der Umgebung
- Ein-/Durchschlafstörungen
- Blickkontakt vermeidend
- störrisch durch laute Geräusche

## Weitere Entwicklung:

### Sprachentwicklung

- unauffällig
- verzögert
- Aussprachefehler
- grammatikalische Auffälligkeiten
- geringer Wortschatz
- Sprachverständnisschwierigkeiten

### Motorische Entwicklung

- unauffällig
- verzögert
- ungeschickt
- unsicher
- überaktiv

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

### Händigkeit

- links
- rechts
- wechselnd

### Hand-/Fingermotorik

- geschickt
- ungeschickt
- wenig/kein Basteln oder Malen

### Sauberkeit

trocken am Tag seit:

trocken in der Nacht seit:

## Einnässen oder Einkoten nach Abschluss der Sauberkeitsentwicklung?

- nein
- ja; und zwar:

### Hörschwäche?

- nein                       ja, seit                       HNO-Untersuchung ist erfolgt

### Sehschwäche?

- nein                       ja, seit                       augenärztliche Untersuchung ist erfolgt

### Krampfanfälle?

- nein                       ja, seit                       neurologische Untersuchung ist erfolgt

### Soziale Situation

- gut integriert                       unter Gleichaltrigen wenig Freunde  
 im Kindergarten / in der Schule isoliert

spielt eher mit bzw. hat besseren Kontakt zu

- Gleichaltrigen    Jüngeren                       Älteren    Erwachsenen

### Bindungsverhalten

- Schlafen im Bett der Eltern                       Schlafen im eigenen Bett  
 Probleme bei der Trennung von Bezugspersonen  
 anderes:

### Kindergarten- und Schulbesuch

- Krabbelgruppe                       Tagesmutter                       Kindergarten  
 Integrationskindergarten                       andere:

Besuch von                      bis                      Jahren.



**Welche Schule besucht das Kind bzw. die/der Jugendliche bzw. Heranwachsende zurzeit?**

Name und Ort der Schule:

Schulform:

Klasse:

Berufsausbildung:

andere:

Näheres zum Schulbesuch:

- regelrecht       Schulwechsel       Abbruch       zurückgestellt  
 wiederholt       suspendiert       übersprungen
- unregelmäßiger Schulbesuch:

**Ressourcen - was klappt richtig gut?** (Ganz allgemein - nicht nur auf den Schulbesuch bezogen!)

**Haben Sie in der Vergangenheit schon Hilfen in Anspruch genommen?  
Falls ja - welche? Und wann? - Bitte geben Sie Namen, Adressen und  
Zeiträume an.**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in:

Kinder- und Jugendpsychiater/in:

Kinderarzt/-ärztin:

Ergotherapie:

Frühförderung:

Krankengymnastik:

Logopädie:

Erziehungsberatungsstelle:

Gesundheitsamt:

Jugendamt / ASD:

schulpsychologischer Dienst:

andere: