

## I. Biographische Anamnese

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr: \_\_\_\_\_

**Kindesmutter:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

**Kindesvater:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

### Familienstand der Eltern?

Paarbeziehung seit: \_\_\_\_\_ zusammenlebend seit: \_\_\_\_\_ verheiratet seit: \_\_\_\_\_

getrennt seit: \_\_\_\_\_ geschieden seit: \_\_\_\_\_ allein erziehend seit: \_\_\_\_\_

wieder verheiratet/neue Partnerschaft seit: \_\_\_\_\_

Wie lange kannten Sie sich vor der Geburt Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

### Geschwister

Name	geb. am.:	Kita/Schule/aktueller Beruf

## **II. Anamnese des Kindes**

Die wievielte Schwangerschaft war dies? \_\_\_\_\_ Gab es Fehlgeburten bzw. Totgeburten? \_\_\_\_\_  
Wie haben Sie die Schwangerschaft erlebt? Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft? **0 Ja 0 Nein**

- Bitte schildern sie den Schwangerschaftsverlauf (*Schwangerschaftserbrechen, Blutungen, vorzeitige Wehentätigkeit, Erkrankung der Mutter, psychisches und physisches Erleben der Schwangerschaft, Unfälle, Medikamente, Rauchen, Alkohol*)
- 

Wie war der Geburtsverlauf (verzögert, Wehenschwäche/zu rasch, Lageabweichung, Sauerstoffmangel, Nabelschnurumschlingungen, Kaiserschnitt, Zange oder Vakuum, Intensivmaßnahmen, Plazentastörungen):

---

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_ Woche

### **U-Heft:**

Apgar Werte: \_\_/\_\_/\_\_, Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g, Größe: \_\_\_\_\_, U1-U 9 vollständig: **0 Ja 0 Nein**

Bitte beschreiben Sie, wie erlebten Sie Ihr Kind in der Säuglingsphase?

(ruhig, lebhaft, viel/wenig geschrien, Erkrankungen 1. Lebensjahr), Kontaktverhalten, Tages- und Nachtrhythmus:

---

### **Ernährung im ersten Lebensjahr**

Wurde das Kind gestillt? 0 Ja 0 Nein      Wenn ja, wie lange wurde das Kind gestillt? \_\_\_\_\_

Traten Schwierigkeiten bei der ersten Versorgung auf? **0 Ja 0 Nein**

- Welche? \_\_\_\_\_
- 

### **Meilensteine der Kindesentwicklung**

- **Wann konnte Ihr Kind...**

Krabbeln: \_\_\_\_\_ Frei Sitzen: \_\_\_\_\_ Frei Laufen \_\_\_\_\_

### **Sprachentwicklung**

Erste Worte ab: \_\_\_\_\_ 2-3 Wort Sätze ab: \_\_\_\_\_

Undeutliche Wortlaute, Sprachfehler (z.B. Lispeln), Logopädie? **0 Ja 0 Nein**      Welche?

---

Welche Sprache/Sprachen sprechen Sie zu Hause? Muttersprache \_\_\_\_\_

Ab wann mit dem Kind eine Zweitsprache gesprochen? \_\_\_\_\_

### **Sauberkeitsentwicklung**

Wie alt war Ihr Kind, als Sie mit der Reinlichkeitserziehung angefangen haben? \_\_\_\_\_

Wann tagsüber trocken? \_\_\_\_\_ nachts? \_\_\_\_\_ Wann sauber? \_\_\_\_\_

Später wieder Einnässen oder unsauber? \_\_\_\_\_

(Wenn ja, wie oft, wann?) \_\_\_\_\_

---

---

**Gab es eine Trotzphase** (normal, sehr ausgeprägt....bitte kurz beschreiben?):

---

**Kinderkrankheiten ?** (Welche, Alter, Häufigkeit)

---

**Sind Allergien bekannt?** (wenn ja welche und seit wann)

---

**Andere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte?**

---

Müssen zurzeit Medikamente eingenommen werden? (wenn ja, welche)

---

**Krippenbesuch** von \_\_\_ bis \_\_\_ Jahren, die Eingewöhnungszeit war: \_\_\_\_\_

Betreuungszeiten: von \_\_\_ bis \_\_\_ Uhr, an \_\_\_ Tagen die Woche.

Besonderheiten in dieser Zeit? \_\_\_\_\_

**Kindergartenbesuch** von \_\_\_ bis \_\_\_ Jahren, die Eingewöhnungszeit war: \_\_\_\_\_

Betreuungszeiten: von \_\_\_ bis \_\_\_ Uhr, an \_\_\_ Tagen die Woche.

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind den Kindergarten?

---

Was machte Ihr Kind besonders ungern im Kindergarten?

---

Was besonders gerne?

---

Hatte Ihr Kind Freunde? **0 Ja 0 Nein** Wie viele? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind zu Kindergeburtstagen eingeladen? **0 Ja 0 Nein**

Besuchte Ihr Kind den Schulkinderarten oder die Vorschule? **0 Ja 0 Nein**

Hat Ihr Kind im Vorschulalter, vor der Einschulung eine spezielle Förderung erhalten?

( wenn ja welche)

---

**Schulentwicklung**

Einschulung mit \_\_\_ Jahren, besucht zurzeit die \_\_\_ Klasse. Klassenlehrer: \_\_\_\_\_

Der Schule: \_\_\_\_\_ . Wiederholung der Klasse: \_\_\_\_\_

Schulart: \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme oder Auffälligkeiten: (Leistungen, Sozialverhalten, Kontakte zu Gleichaltrigen bzw. zu LehrerInnen?): \_\_\_\_\_

Fehlzeiten \_\_\_\_ im letzten Schuljahr?

Gab es Schulwechsel? **0 Ja 0 Nein** Wie viele/Wann? \_\_\_\_\_

Besucht/e Ihr Kind die Hort/ Nachmittagsbetreuung? 0 Ja 0 Nein Gerne? 0 Ja 0 Nein

Welche Hobbys und Interessen (Vereine, Sport) hat Ihr Kind? :

Wie ist der Umgang mit Medien? (Fernsehen, Computer, Switch, X-Box, Wii, Handy)

Wie lange Täglich \_\_\_\_\_ Stunden

Gibt es gemeinsame Freizeitaktivitäten in der Familie?

(welche und wie häufig?) \_\_\_\_\_

**Welches sind gute Eigenschaften des Kindes / Jugendlichen?**

**Welches sind negative Eigenschaften des Kindes / Jugendlichen?**

**Wie ist Ihr Kind in Bezug auf Ordnung / Zuverlässigkeit?**

**Wie würden sie Ihren Erziehungsstil beschreiben?**

**Taschengeld:**

Wie viel \_\_\_\_\_ € Was wird überwiegend von dem Geld gekauft? \_\_\_\_\_

**Wohnsituation:**

0 Wohnung, 0 Haus, 0 Garten/Balkon, 0 eigenes Zimmer oder/und 0 \_\_\_\_\_

**Tagesablauf / Alltagsroutine:**

Gibt es Besonderheiten \_\_\_\_\_

Wie viel Schlaf? \_\_\_\_\_ h Regelmäßig \_\_\_\_\_

**Wo schläft ihr Kind? Bitte ankreuzen**

0 im eigenen Bett, 0 im Bett der Eltern, 0 im eigenen Zimmer,

0 teilt sich ein Zimmer mit: \_\_\_\_\_

**Sexuelle Entwicklung (altersgerecht, verzögert?):** \_\_\_\_\_

0 (Bei Mädchen) Periode mit \_\_\_\_\_ Jahren

---

### **III. Familienanamnese**

Beziehung der Familie und des Kindes zu:

Großmutter mütterlicherseits :

---

Großvater mütterlicherseits:

---

Großmutter väterlicherseits:

---

Großvater väterlicherseits:

---

Auftreten von depressiven Erkrankungen oder Ängsten in der Familie?

---

Gibt es Personen mit Migräne in der Familie?

---

Sonstige Erkrankungen / Besonderheiten?

---

Sind besondere Krankheiten, Erbkrankheiten, nervliche/seelische Erkrankungen, Sucht oder Selbstmordversuche in der Familie bekannt? (*Bitte beschreiben Sie ausführlich*)

---

Wie war die Reaktion auf die Geburt von Geschwistern?

---

Verhältnis zu Geschwistern: \_\_\_\_\_

Gibt es sonstige Angehörige/Personen, zu denen Ihr Kind eine enge Beziehung hat?

---

Sind irgendwann längere Trennungen des Kindes von den überwiegenden Bezugspersonen erfolgt (z.B. durch Krankheit, Trennung der Eltern oder anderen Gründen)?

Wann? \_\_\_\_\_ Wie alt war das Kind? \_\_\_\_\_

### **IV. Vorbehandlungen**

Welche Vorbehandlungen gab es?

(*Bitte ankreuzen und Ort und Zeitraum angeben **und die Vorbefunde mitbringen***)

Ambulante Psychotherapie: \_\_\_\_\_

Vollstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlung \_\_\_\_\_

---

---

Teilstationäre ( tagesklinische) Kinder- und Jugendpsychiatrische Behandlungen

---

Kurmaßnahmen, Reha-Maßnahmen

---

**Fällt Ihnen sonst noch etwas Wichtiges ein?**

---

---

**Was sind Ihre Erwartungen an eine Psychotherapie Ihres Kindes?**

---

---