ANAMNESEBOGEN

1. Patienten-Stammdaten

Vor- und Zuname des Kindes : _____

Geburtsdatum : _____

PLZ, Wohnort : _____

Telefon : _____

Handy : _____

e-Mail-Adresse : _____

Überwiesen von : _____

Adresse : _____

Hausarzt : _____

Adresse : _____

Sorgerecht : ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Beide ☐ Sonstige:_____

Markus Michael
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Coaching und Supervision
Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 319 64 663
eMail: praxis@psychotherapie-michael.de
www.psychotherapie-michael.de
Arztregister
LANR: 151308869
BSNR: 647109400

Verena Wimmer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 99 322 408
eMail: praxis@kjp-wimmer.de
www.kjp-wimmer.de
Arztregister
LANR: 798792269
BSNR: 646997600

2. Familien-Stammdaten

2.1. Leiblicher Vater des Kindes:

Name: _____ geb. am: _____

Schul- und Berufsausbildung: _____

_____

Jetziger Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Versichert bei: _____

Schwere Erkrankungen:
_____

_____

Religionszugehörigkeit: _____Staatsangehörigkeit: _____

2.2. Eltern des Vaters:

Vater: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Mutter: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

2.3. **Leibliche Mutter des Kindes:**

Name: _____ geb. am: _____

Schul- und Berufsausbildung: _____

_____

Jetziger Beruf: _____

Arbeitgeber: _____ Versichert bei: _____

Schwere Erkrankungen:
_____

_____

Religionszugehörigkeit: _____ Staatsangehörigkeit: _____

2.4 **Eltern der Mutter:**

Vater: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Mutter: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

2.5. **Adoptiv-, Pflege- oder Stiefvater:**

(Zutreffendes bitte unterstreichen sowie dieselben Angaben wie unter 2.1.)

_____

_____

_____

_____

2.6. **Adoptiv-, Pflege- oder Stiefmutter:**
(Zutreffendes bitte unterstreichen sowie dieselben Angaben wie unter 2.3.)

_____

_____

_____

_____

2.7. **Familienstand:**

Wann erfolgte die Eheschließung: _____

Sind Sie getrennt lebend, geschieden, wiederverheiratet, verwitwet? (Zutreffendes bitte Unterstreichen)

Wenn ja, seit wann: _____ Wenn ja, Vater/Mutter? _____

2.8. **Geschwister des Kindes:**

Ergänzen Sie bitte entsprechend dem folgenden Beispiel die Angaben zu Vorname, Geburtsdatum, Schulart, Einschulungsalter, Klassenwiederholung usw. der Geschwister des Kindes sowie der Stiefgeschwister (bei Stiefgeschwistern bitte ein „S“ vor den Namen schreiben).

	Vorname	Geb. Datum	Schulart	Ein-schulung	Klassen-Wdh.	Berufs-Ausbildung	Wohnt Zu Hause ?
Beispiel	Uwe	1.5.75	Grundschule	6 J.	1 x	-	ja
1. Kind							
2. Kind							
3. Kind							
4. Kind							
5. Kind							
6. Kind							
7. Kind							

3. Vorstellungsanlass

3.1. Schildern Sie bitte die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

_____

_____

_____

_____

3.2. Wann ist das beschrieben Verhalten erstmals aufgetreten?

Vor _____ ☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten ☐ Jahren

3.3. Gab es besondere Ereignisse, die damit zusammenfielen?

_____

_____

_____

_____

3.4. Was haben Sie bisher versucht, um das Problem zu bewältigen?

_____

_____

_____

_____

Markus Michael
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Coaching und Supervision

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 319 64 663
eMail: praxis@psychotherapie-michael.de
www.psychotherapie-michael.de

Arztregister
LANR: 151308869
BSNR: 647109400

Verena Wimmer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 99 322 408
eMail: praxis@kjp-wimmer.de
www.kjp-wimmer.de

Arztregister
LANR: 798792269
BSNR: 646997600

3.5. Wo und wie häufig zeigt sich das Problemverhalten?

Familie ☐ Freizeit ☐ Freunde ☐ Schule ☐

_____

4. Therapieziele

4.1. Motivation: Wer ist an einer psychotherapeutischen Behandlung interessiert?

Mutter ☐ Vater ☐ Kind ☐ Andere ☐ _____

Ziele und Wünsche an eine Therapie:

_____

_____

_____

4.2. Was müsste sich verändern, damit sich das Problemverhalten Ihres Kindes bessert? Wer kann etwas dazu beitragen? Was können Sie dazu beitragen?

_____

_____

_____

_____

5. Vorbehandlungen

Welche ambulanten Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen und warum?

Behandlung	**Wo?**	**Wann?**
Ergotherapie/ Psychotherapie		
Logopädie		
Frühförderung		
Sozialpädiatrisches Zentrum		
Erziehungsberatungsstelle		
Schulpsychologe		
Psychotherapeut		
Psychiater		
Arzt		
Andere:		

Bitte bringen Sie alle Berichte mit, die Ihnen vorliegen!

5.1. Gab es stationäre Vorbehandlungen? (Bitte Klinik und Zeitraum nennen)

nein ☐ ja ☐

_____

_____

_____

5.2. Gibt es körperliche Vorerkrankungen?

nein ☐ ja ☐

_____

5.3. Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?

nein ☐ ja ☐

Präparat: _____ Dosierung: _____ seit wann: _____

Präparat: _____ Dosierung: _____ seit wann: _____

Präparat: _____ Dosierung: _____ seit wann: _____

6. Entwicklung des Kindes/Jugendlichen

Schwangerschaft und Geburt

6.1. Wie verlief die Schwangerschaft?

☐ unauffällig

☐ Komplikationen: _____

☐ Risikofaktoren (z. B. Alkohol, Nikotin, Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, Infektionen, seelische psychosoziale Belastungen):

_____

_____

6.2. Wie verlief die Geburt?

☐ komplikationslos

☐ mit Komplikationen: _____

Das Kind wurde in der _____ Schwangerschaftswoche geboren.

Gewicht: _____ g; Größe _____ cm; Apgar Werte: _____/_____/_____ (s. gelbes Heft).

6.3. Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei Ihrem Kind nach der Geburt?

☐ nein ☐ ja:

_____

6.3. a) Stillzeit:

ja O nein O

Dauer: _____

6.4. Hat sich die Mutter nach der Geburt besonders belastet gefühlt?

☐ Babyblues (ungefähr Dauer von ..... Monaten)

☐ Depression (ungefähr Dauer von ..... Monaten)

☐ andere psychische Erkrankungen/Belastungen:

_____

Frühkindliche Entwicklung

6.5. Bestanden bei Ihrem Kind Auffälligkeiten im Säuglingsalter?

☐ nein ☐ ja: _____

☐ exzessives Schreien

☐ Ein-/Durchschlafstörungen

☐ Fütter-/Gedeihstörungen

☐ schwer zu beruhigen

☐ Körperkontakt abweisend

☐ leicht irritierbar

☐ Blickkontakt vermeidend

☐ andere: _____

6.6. Wann hat Ihr Kind die folgenden Meilensteine beherrscht?

Motorik	Monat/Jahr	Sauberkeitsentwicklung	Monat/Jahr	Sprache	Monat/Jahr
Krabbeln		ohne Windeln am Tag		erste Worte	
Freies Laufen		ohne Windeln in der Nacht		erste Sätze	

6.7. Gab es in einem der oben genannten Bereiche Auffälligkeiten oder Fördermaßnahmen?

☐ nein ☐ ja:

_____

Kindergarten/Krippe

6.8. Gab es eine Fremdbetreuung vor dem Eintritt in den Kindergarten (Tagesmutter etc.)?

☐ nein ☐ ja

Eintritt in den Kindergarten: ☐ ganztags ☐ halbtags

Ging/geht Ihr Kind ☐ gern ☐ ungern in den Kindergarten?

6.9. Gab es Verhaltensauffälligkeiten während der Kindergartenzeit?

☐ Trennungsangst

☐ Angst vor _____

☐ Schüchternheit/Zurückhaltung

☐ Kontaktschwierigkeiten

☐ Aggression (verbal/körperlich)

☐ Wutausbrüche

☐ Hypermotorik/Zappeligkeit

☐ Opposition/Regelverstöße

☐ Kopfschmerzen, Bauchschmerzen

☐ andere: _____

Schule

6.10. Eintritt mit _____ Jahren.

Gab es einen Schulwechsel?

☐ nein ☐ ja:

_____

6.11. Wurde eine Klasse wiederholt?

☐ nein ☐ ja:

_____

6.12. Gab/gibt es besondere Schwierigkeiten in der Grundschule?

☐ nein ☐ ja:

_____

_____

Weiterführende Schulen/Ausbildung

Schulform: _____

6.13. Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn einen Schulabschluss?

☐ nein ☐ ja

6.14. Falls nein, welcher Schulabschluss wird angestrebt? _____

6.15. Gab/gibt es Verhaltensprobleme in der Schule und (seit) wann?

☐ nein ☐ ja:

☐ Leistungsschwierigkeiten

☐ Angst/Zurückhaltung

☐ Konzentrationsprobleme

☐ Zappeligkeit

☐ Opposition/Regelverstoß

☐ Schwänzen

☐ Aggression (verbal/körperlich)

☐ andere: _____

6.16. Wie schätzen Sie die schulischen Leistungen Ihres Kindes ein?

☐ sehr gut – gut ☐ befriedigend – ausreichend ☐ mangelhaft – ungenügend

6.17. Sind die Hausaufgaben regelmäßig gemacht?

☐ ja ☐ widerwillig ☐ nein

6.18. Wie lange braucht Ihr Kind für die Hausaufgaben? _____

6.19. Wie arbeitet Ihr Kind bei den Hausaufgaben?

☐ abgelenkt

☐ verträumt

☐ muss sich häufig bewegen

☐ unordentlich

☐ mit häufigen Pausen

☐ braucht Druck

☐ gibt leicht auf

☐ lustlos

☐ braucht Hilfe

☐ selbstständig

6.20. Müssen Sie die Hausaufgaben kontrollieren?

☐ häufig ☐ selten ☐ nie

6.21. Wie verhält sich Ihr Kind vor Klassenarbeiten?

☐ zuversichtlich, ruhig

☐ übermäßig gelassen

☐ hat Kopf-/Bauchschmerzen

☐ erbricht

☐ Schlafstörungen

☐ ist sehr aufgeregt

☐ hat Angst

☐ verschweigt Klassenarbeiten

☐ geht nicht in die Schule

Ausbildung

6.22. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine berufliche Ausbildung?

☐ nein

☐ begonnen; welche _____

☐ abgeschlossen; welche _____

Studium/Erwerbstätigkeit

6.23. Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein Studium begonnen oder ist erwerbstätig?

☐ nein ☐ ja

_____

7. Soziales und Aktivitäten

Soziale Integration

7.1. Mein Kind ...

☐ hat viele Freunde

☐ hat eher wenige Freunde

☐ hat wenige aber sehr enge Freunde

☐ hat keine Freunde

hat häufig Streit/Konflikte mit: ☐ Gleichaltrigen ☐ Erwachsenen

7.2. Wie beschäftigt sich Ihr Kind in Ihrer Freizeit?

☐ lieber allein

☐ lieber mit Erwachsenen

☐ lieber mit Gleichaltrigen

☐ lieber mit Jüngeren

Hobbys

7.3. Freizeit, Interessen, Sport:

_____

7.4. Verein:

_____

Medien

7.5. **Medienkonsum**	**Stunden pro Tag**
Fernseher	_____
PC, Spielkonsolen	_____
Smartphone, Tablet	_____

7.6. Finden Sie, dass Ihr Kind übermäßig viel Zeit mit den o. g. Medien verbringt?

☐ nein ☐ ja

☐ ja, und der Medienkonsum ist ein häufiges Streitthema in unserer Familie

7.7. Schränkt Ihr Kind andere Interessen aufgrund des Medienkonsums ein?

☐ nein ☐ ja

7.8. Findet Medienkonsum gewalthaltiger Inhalte statt? (z. B. Gewaltspiele)

☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten/gar nicht

8. Familienanamnese

8.1. War Ihr Kind von Ihnen über eine längere Zeit getrennt? Wenn ja, wann und warum?

_____

_____

8.2. Wer kümmert sich vorwiegend um das Kind/den Jugendlichen?

_____

_____

Markus Michael
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Coaching und Supervision

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 319 64 663
eMail: praxis@psychotherapie-michael.de
www.psychotherapie-michael.de

Arztregister
LANR: 151308869
BSNR: 647109400

Verena Wimmer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 99 322 408
eMail: praxis@kjp-wimmer.de
www.kjp-wimmer.de

Arztregister
LANR: 798792269
BSNR: 646997600

8.3. Wie würden Sie die Erziehungsstile von Mutter und Vater beschreiben?

Mutter:

_____

Vater:

_____

8.4. Welche Erziehungsstile haben Sie? Welche Eigenschaften soll Ihr Kind entwickeln oder von Ihnen lernen?

_____

_____

8.5. Wird Ihr Kind geschlagen?

☐ nein ☐ ja:

Von wem? _____

Wie oft? _____

8.6. Erzählt das Kind/der Jugendliche, wie es ihm geht?

☐ nein ☐ ja:

_____

Markus Michael
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Coaching und Supervision

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 319 64 663
eMail: praxis@psychotherapie-michael.de
www.psychotherapie-michael.de

Arztregister
LANR: 151308869
BSNR: 647109400

Verena Wimmer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 99 322 408
eMail: praxis@kjp-wimmer.de
www.kjp-wimmer.de

Arztregister
LANR: 798792269
BSNR: 646997600

8.7. Merken Sie, wie sich Ihr Kind fühlt?

☐ nein ☐ ja:

8.8. Zeigen Sie Ihrem Kind, dass Sie es mögen?

☐ nein ☐ ja (wie?):

8.9. Was machen Sie gerne mit Ihrem Kind?

8.10. Finden gemeinsame Mahlzeiten statt?

☐ nein ☐ ja

Welche Regel gibt es?

8.11. Wie wurden die Regeln vereinbart?

_____

_____

8.12. Wie wird darauf geachtet, dass die Regeln eingehalten werden?

_____

Familienbeziehungen/Wohnsituation

8.13. Wie würden Sie die verschiedenen Familienbeziehungen beschreiben?

Mutter-Kind:	☐besonders gut	☐gut	☐angespannt	☐sehr belastet
Vater-Kind:	☐besonders gut	☐gut	☐angespannt	☐sehr belastet
Vater-Mutter:	☐besonders gut	☐gut	☐angespannt	☐sehr belastet
Kind-Geschwister:	☐besonders gut	☐gut	☐angespannt	☐sehr belastet

8.14. Gibt es psychosoziale Belastungen in der Familie (chronische Krankheiten, psychische Störungen, Abhängigkeit/Sucht, Suizidversuch...)?

☐ nein ☐ ja

8.15. Falls ja, wer in Ihrer Familie ist betroffen und welche Problematik liegt vor?

_____

_____

8.16. (*Optional:*) Wie sind die Besuchskontakte zu dem nicht in der Familie wohnenden Elternteile geregelt (Feste Regelung? Werden Vereinbarungen eingehalten? Wie oft gibt es Kontakt?)?

_____

_____

8.16.a Beschreiben sie kurz Ihr Wohnsituation: (z.B. hat jedes Kind ein eigenes Zimmer, leben Großeltern im Haus)

Mietwohnung: ____ Wohnhaus/Eigentum: ____

_____

_____

_____

_____

_____

Ressourcen und Stärken

8.17. Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

_____

_____

_____

8.18. Was ist schön an Ihrer Familie?

_____

_____

8.19. Was unternehmen Sie gern als Familie zusammen?

_____

_____

_____

8.20. Anmerkungen/Ergänzungen:

_____

_____

9. Ergänzung im Falle eines Migrationshintergrundes

9.1.	Mutter:	Vater:
Herkunftsland	_____	_____
Seit wann in Deutschland?	_____	_____

9.2. Hintergrund der Migration (z. B. freiwillig oder unfreiwillig; geplant; aus wirtschaftlichen oder politischen Gründen; Verfolgung; Familienzusammenführung)?

_____

_____

_____

9.3. Wie hat Ihr Kind auf die Migration reagiert?

_____

_____

_____

9.4. Leidet das Kind Ihrer Einschätzung nach unter der Migration?

☐nein ☐ja

9.5. Werden Werte, Traditionen oder Haltungen des Herkunftslandes vermittelt oder gelebt? Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

9.6. Mit welcher Kultur führen Sie sich verbunden:

_____

9.7. Mit welcher Kultur fühlt sich Ihr Kind verbunden:

_____

VIELEN DANK FÜR IHRE MITABREIT!

Markus Michael
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Coaching und Supervision

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 319 64 663
eMail: praxis@psychotherapie-michael.de
www.psychotherapie-michael.de

Arztregister
LANR: 151308869
BSNR: 647109400

Verena Wimmer
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kupferstraße 24, 85049 Ingolstadt
Tel.: 0841 / 99 322 408
eMail: praxis@kjp-wimmer.de
www.kjp-wimmer.de

Arztregister
LANR: 798792269
BSNR: 646997600