

Anamnestischer Elternfragebogen

Liebe Patienten, liebe Eltern,

ich möchte Dich/Sie gerne bitten, den nachfolgenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen, da er wichtige Informationen enthält. Diese Informationen helfen mir dabei, mir einen Eindruck über die Entwicklung und Lebensumstände von Dir/Ihres Kindes zu verschaffen und die nachfolgende Behandlung zu planen. Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Vielen Dank!

Allgemeine Daten

Vorname, Nachname und Geburtsdatum des Kindes

Adresse, Telefonnummer _____

E- Mail _____

Kind lebt bei: beiden Eltern Mutter Vater Sonstige _____

Das Sorgerecht obliegt: beiden Eltern Mutter Vater Sonstige _____

Angaben zur Familie

Mutter

Vorname, Name, Geburtsdatum _____

Schulabschluss _____ Ausbildung/Beruf _____

Derzeit tätig als _____ in VZ TZ ____ Std

Alter bei Geburt des Kindes _____

Ggf. neuer Partner _____ seit _____

Vater

Vorname, Name, Geburtsdatum _____

Schulabschluss _____ Ausbildung/Beruf _____

Derzeit tätig als _____ in VZ TZ ____ Std

Ggf. neuer Partner _____ seit _____

Beziehungsstatus der Eltern

Zusammen seit _____

Verheiratet seit _____

Getrennt seit _____

Geschieden seit _____

Bestand/Besteht Kontakt zum Jugendamt? Ja Nein

Falls ja: Zeitraum und Form der Hilfe (z.B. SPFH)?

Geschwister (Alter absteigend)

1. Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre Geschlecht _____

Klassenstufe/Ausbildung/Beruf _____

Auffälligkeiten _____

2. Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre Geschlecht _____

Klassenstufe/Ausbildung/Beruf _____

Auffälligkeiten _____

3. Vorname, Name _____

Geburtsdatum _____ Alter _____ Jahre Geschlecht _____

Klassenstufe/Ausbildung/Beruf _____

Auffälligkeiten _____

Wohnsituation (Eigenheim, Wohnung, Größe, eigenes Zimmer?)

Psychiatrische/Neurologische/Körperliche Erkrankungen in der Familie

Entwicklungsgeschichte

Behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin (Name, Anschrift)

Ggf. behandelnde/r Psychiater/in (Name, Anschrift)

Gesundheitszustand (Chronische Erkrankungen (Allergien, Asthma, Neurodermitis, Diabetes ...)?, häufige Erkrankungen, häufig beim Kinderarzt? Medikamente? Operationen? Brille? Hörgerät?

Vorbehandlungen (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie)

Art der Behandlung	Behandlungszeitraum	Alter	Praxisname

Schwangerschaft

- Komplikationslos
 Hoher Blutdruck Diabetes Blutungen Drohende Fehlgeburt
 Infektionskrankheiten _____ Medikament(e) _____
 Sonstige Komplikationen _____

Geburt

SSW: _____ Gewicht: _____ Größe: _____

Verlauf spontan Kaiserschnitt

Komplikationslos

Komplikationen: _____

Sonstiges zur Schwangerschaft und Geburt (Kinderwunsch? Belastungen? Besonderheiten? Erinnerungen an die Schwangerschaft und Geburt?)

Neugeborenenzeit

Neugeborenenengelbsucht

Stillen / Dauer _____ Komplikationen _____

Säuglings – und Babyzeit (Kind war ausgeglichen, lebhaft, leicht ermüdbar, leicht erregbar, ängstlich? Vermehrtes Schreien? Fütter – und Gedeihstörungen? Schlafprobleme? Erinnerungen an die Babyzeit?)

Entwicklungsmeilensteine

Freies Laufen im Alter von _____ Sprechen im Alter von _____
Sauber im Alter von _____ Trocken (tagsüber und nachts) im Alter von _____

Besonderheiten der sprachlichen Entwicklung (Wann erste Worte? Zweiwortsätze? Muttersprache, mehrsprachiges Aufwachsen, Probleme der Aussprache, Stottern, Lispeln? Spricht viel oder sehr wenig? Sehr schnelles Reden?)

Besonderheiten in der motorischen Entwicklung? (Feinmotorik? Grobmotorik? Geschicklichkeit? Unruhe oder Trägheit?)

Kognitive Entwicklung? (Ablenkbarkeit? Aufmerksamkeitsspanne? Gedächtnis? Interessen? Neugier?)

Soziale und emotionale Entwicklung? (Grundstimmung? Temperament? Integration unter Gleichaltrigen? Freunde? Spielt mit anderen? Verabredungen? Reaktionen auf Stress (Beißen, Schlagen, Weinen ...)? Einschlafprobleme?

Bezugspersonen (Wer verbringt am meisten Zeit mit dem Kind? Wer ist noch an der Erziehung beteiligt? Mit wem ist das Kind gerne zusammen? Sind professionelle Hilfen beteiligt (Jugendamt, Erziehungsberatung? Familienhilfe? Sozialberatung? ...)

Bedeutende Lebensveränderungen (Wechsel oder Verlust von Bezugspersonen? Umzüge, Schulwechsel, Schicksalsschläge ?)

Schullaufbahn

Ab welchem Lebensjahr besuchte das Kind die

Tagesmutter (____ J) Krippe (____ J) Kindergarten (____ J) Sonstige (____ J)

Name der Einrichtung _____

Auffälligkeiten? Einrichtungswechsel? _____

Schulbeginn ab ____ J

Name der Grundschule _____

Auffälligkeiten? Klassenwechsel? Wiederholungen? _____

Name der aktuellen Schule (Name , Adresse, Klassenstufe und Klassenlehrer (wenn möglich mit Kontaktdaten))

Auffälligkeiten? Klassenwechsel? Wiederholungen? _____

Schulwechsel _____

Probleme beim Schulbesuch?(Leistungsdefizite? Mitarbeit? Häufige Fehlzeiten? Probleme bei dem Hausaufgaben? Probleme mit Mitschülern?

Grund zur Vorstellung

Was macht Ihnen am meisten Sorgen? Was stellt aus Ihrer Sicht die größte Schwierigkeit dar?

Seit wann besteht das Problem? _____

Gab es phasenweise Besserungen der Problematik? _____

Was sind Ihre Ziele für die Behandlung? Woran würden Sie eine Besserung bemerken?

Sonstiges

Vielen Dank für Deine/Ihre Mühe und Mitarbeit!