

## Anamnesefragebogen für Eltern

Name Patient:in \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Name der/des Ausfüllenden: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern, ich bitte Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, uns ein umfassendes Bild über Ihren Sohn/Ihre Tochter zu machen um eine Diagnosestellung und Behandlung bestmöglich anzubieten. Wenn Sie einzelne Angaben nicht machen möchten oder können, lassen Sie bitte die entsprechenden Stellen frei. Bei sensiblen Angaben halten Sie ggf. Rücksprache mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter, ob diese gemacht werden dürfen. Bitte markern Sie Zutreffendes mit einem Textmarker an und füllen Sie die offenen Zeilen aus. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Hier haben Sie zunächst die Gelegenheit, uns selbst Ihre Sorgen und Anliegen in Bezug auf Ihren Sohn/Ihre Tochter zu schildern.

---

---

---

---

---

---

---

Bitte geben Sie hier an, was Sie an Ihren Sohn/Ihrer Tochter besonders mögen, was er/sie gut kann.

---

---

---

---

## 1. Angaben zu den Eltern

### Mutter:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Angaben zur Verwandtschaftsgrad:

- Leibliches Elternteil
- Pflegemutter
- Adoptivmutter
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort \_\_\_\_\_

Ggf. Zeitpunkt der Migration nach Deutschland \_\_\_\_\_

Schulbesuch und Beruf \_\_\_\_\_

Umfang der Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Beziehung zum Sohn/Tochter \_\_\_\_\_

Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, auch in der Vorgeschichte, bitte mit Jahreszahl

Besonderheiten, die Ihnen wichtig sind

**Vater:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Angaben zur Verwandtschaftsgrad:

- Leibliches Elternteil
- Pflegevater
- Adoptivvater
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort \_\_\_\_\_

Ggf. Zeitpunkt der Migration nach Deutschland \_\_\_\_\_

Schulbesuch und Beruf \_\_\_\_\_

Umfang der Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Beziehung zum Sohn/Tochter \_\_\_\_\_

Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, auch in der Vorgeschichte, bitte mit Jahreszahl

---

---

Besonderheiten, die Ihnen wichtig sind

---

**Weitere wichtige Bezugspersonen** wie Partner:in eines Elternteils, leibliche Eltern etc.

Name, Vorname \_\_\_\_\_

**Angaben zur Verwandtschaftsgrad:**

- Partner:in von \_\_\_\_\_
- Leibliches Elternteil
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort \_\_\_\_\_

Ggf. Zeitpunkt der Migration nach Deutschland \_\_\_\_\_

Schulbesuch und Beruf \_\_\_\_\_

Umfang der Berufstätigkeit \_\_\_\_\_

Beziehung zum Patienten \_\_\_\_\_

Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, auch in der Vorgeschichte, bitte mit Jahreszahl \_\_\_\_\_

**Besonderheiten, die Ihnen wichtig sind**

Bitte drucken Sie bei Bedarf die Seite mehrfach aus

## **2. Angaben zur Familiensituation**

Bitte machen Sie hier Angaben zu den Geschwistern, auch Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern etc. Bitte drucken Sie die 2. Seite zu weiteren Geschwistern ggf. mehrfach aus.

### **Älteste/r Bruder oder Schwester**

**Name**

---

**Angaben zum Verwandtschaftsgrad**

- leibliches Geschwister
- Geschwister väterlicherseits
- Geschwister mütterlicherseits
- Bruder/Schwester aus Beziehung eines Partners/Partnerin
- Adoptivgeschwister
- Pflegegeschwister
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum und Ort** \_\_\_\_\_

**Tätigkeit/Klassenstufe/Schulform** \_\_\_\_\_

**Auffälligkeiten/Sorgen** \_\_\_\_\_

**Beziehung zur/zum Patient** \_\_\_\_\_

---

## Weitere/r Bruder/Schwester

Name

---

Angaben zum Verwandtschaftsgrad

- leibliches Geschwister
- Geschwister väterlicherseits
- Geschwister mütterlicherseits
- Bruder/Schwester aus Beziehung eines Partners/Partnerin
- Adoptivgeschwister
- Pflegegeschwister
- Sonstiges \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Ort \_\_\_\_\_

Tätigkeit/Klassenstufe/Schulform \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten/Sorgen \_\_\_\_\_

Beziehung zur/zum Patient \_\_\_\_\_

---

**Der/die Patient:in lebt gemeinsam mit folgenden Personen in einem Haushalt** \_\_\_\_\_

**seit** \_\_\_\_\_

**Es/sie verfügt über ein eigenes Zimmer**

- Ja
- Nein
- Teilt sich ein Zimmer mit \_\_\_\_\_

**Die Wohnverhältnisse sind**

- beengt
- nicht beengt
- Wir haben einen Garten

**Mein Sohn/meine Tochter/ wir macht/machen sich/uns Sorgen um Finanzen**

- Ja
- Nein

**Es gibt überdurchschnittlich viele Konflikte daheim**

- Ja
- Nein

**Häufige Konfliktthemen sind** \_\_\_\_\_

---

**In unserer Familie gibt folgendes Tabuthema, über das nicht gesprochen wird** \_\_\_\_\_

---

**Mein Sohn/ meine Tochter nutzt \_\_\_\_\_ Stunden täglich Medien wie Handy, Internet, Tablet, Fernsehen, Spielekonsolen etc.**

**Mein Sohn/meine Tochter schläft nachts \_\_\_\_\_ Stunden.**

### 3. Schwangerschaft und Geburt – Angaben der leiblichen Mutter

Vor der Schwangerschaft gab folgende schwere Erkrankungen/  
Fehlgeburten/ Belastungen \_\_\_\_\_

Es handelt sich um die wievielte Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Während der Schwangerschaft

- Musste ich folgende Medikamente einnehmen  
\_\_\_\_\_
- Habe ich \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag geraucht
- Habe ich folgende Drogen eingenommen \_\_\_\_\_
- Hatte ich folgende Erkrankungen \_\_\_\_\_
- Gab es folgende psychische Belastungen/ Krankheiten/  
Schicksalsschläge \_\_\_\_\_

Die Geburt erfolgte in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche  
per

- Spontangeburt
- Sectio („Kaiserschnitt“)
- Mit „Zange“
- Mit „Saugglocke“
- Mit Wehentropf
- Mit sonstigen Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

Die folgende Angaben lassen sich aus dem U-Heft entnehmen:

Apgarwerte \_\_\_\_\_ Kopfumfang \_\_\_\_\_ cm

Größe \_\_\_\_\_ cm Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ Gramm.

Es traten

- Keine
  - Folgende Komplikationen während oder kurz nach der Geburt  
auf:
-



#### 4. Angaben zum ersten Lebensjahr

Temperament des Kindes \_\_\_\_\_

Familiäre Belastungen im 1. Lebensjahr \_\_\_\_\_

Angaben zu möglichen Traumata des Kindes \_\_\_\_\_

---

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt \_\_\_\_\_

---

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind \_\_\_\_\_

---

Das Kind schlief

- Im eigenen Zimmer ab dem \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Im Elternbett bis zum \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Nachts durch mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Wir haben Elternratgeber wie „Jedes Kind kann schlafen lernen“ o.ä. angewandt mit/ohne Erfolg.

Es wurde \_\_\_\_\_ Monate gestillt/nicht gestillt. Hierbei gab es

- Keine Probleme
- Folgende Probleme \_\_\_\_\_

Es nahm \_\_\_\_\_ Monate einen

- Schnuller
- Daumen
- Keines von beiden

Die Entwöhnung war

- Schwierig weil \_\_\_\_\_
- problemlos.

**Die Umstellung auf feste Nahrung gestaltete sich**

- Einfach
- Schwierig weil \_\_\_\_\_

**Das Kind hatte Physiotherapie weil \_\_\_\_\_**

**Nach der Methode von**

- Bobath
- Vojta
- unbekannt

**Das Kind hatte Osteopathie weil \_\_\_\_\_**

**Erster Zahn mit \_\_\_\_\_ Monaten**

**Rollen mit \_\_\_\_\_ Monaten**

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

**Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten**

**Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten**

**Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten**

**Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind \_\_\_\_\_**

---

**Wir hatten einen Laufstall**

- Ja, ab dem \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Nein

**Das Kind wurde von folgenden Personen betreut \_\_\_\_\_**

Falls das Kind eine Krippe besucht hat: Das Kind besuchte eine Krippe mit \_\_\_\_\_ Monaten im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche.

Dort gab es

- Keine Probleme
- Folgende Probleme \_\_\_\_\_

Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil \_\_\_\_\_

---

Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

Das Kind hatte regelmäßig Kontakt zu anderen Kindern, und zwar \_\_\_\_\_

---

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind \_\_\_\_\_

---

Krankenhausaufenthalte wegen \_\_\_\_\_

Raum für weitere Angaben:

## 5. Frühkindliche Entwicklung von 1 – 3 Jahren

Temperament des Kindes \_\_\_\_\_

Familiäre Belastungen \_\_\_\_\_

Angaben zu möglichen Traumata des Kindes \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die motorische Entwicklung verlief

- Altersentsprechend
- Schwierig weil \_\_\_\_\_

Die Sprachentwicklung verlief

- Altersentsprechend
- Auffällig weil \_\_\_\_\_
- Muttersprache/n waren \_\_\_\_\_

Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Das Kind wurde von folgenden Personen betreut \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls das Kind eine Krippe besucht hat: Das Kind besuchte eine Krippe mit \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren im Umfang von täglich \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche.

Dort gab es

- Keine Probleme
- Folgende Probleme \_\_\_\_\_

Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil \_\_\_\_\_

---

Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

Das Kind hatte regelmäßig Kontakt zu anderen Kindern, und zwar \_\_\_\_\_

---

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind \_\_\_\_\_

---

Krankenhausaufenthalte wegen \_\_\_\_\_

Sauberkeitsentwicklung tags abgeschlossen

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

Raum für weitere Angaben:

## 6. Kindergartenzeit

Temperament des Kindes \_\_\_\_\_

Familiäre Belastungen \_\_\_\_\_

Angaben zu möglichen Traumata des Kindes \_\_\_\_\_

---

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt \_\_\_\_\_

---

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind \_\_\_\_\_

---

Die motorische Entwicklung verlief

- Altersentsprechend
- Schwierig weil \_\_\_\_\_

Das Kind hatte Ergotherapie weil \_\_\_\_\_

Die Sprachentwicklung verlief

- Altersentsprechend
- Auffällig weil \_\_\_\_\_
- Muttersprache/n waren \_\_\_\_\_

Das Kind hatte Sprachtherapie weil \_\_\_\_\_

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind \_\_\_\_\_

---

Krankenhausaufenthalte wegen \_\_\_\_\_

Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind \_\_\_\_\_

---

Kindergarteneintritt mit \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren im Umfang von täglich \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche.

Der Kindergarten hatte ein folgendes Konzept

- Geschlossene Gruppen
- Halboffenes Konzept
- Offenes Konzept
- Unbekannt

Es gab dort \_\_\_\_\_ Gruppen mit insgesamt \_\_\_\_\_ Kindern.

Für die Eingewöhnung hatte das Kind \_\_\_\_\_ Tage/Wochen ein Elternteil mit in der Gruppe. Dabei gab es

- Keine Probleme
- Das Kind weinte, ich durfte bleiben
- Das Kind weinte, ich wurde aufgefordert zu gehen
- Andere Probleme, und zwar \_\_\_\_\_

Im Kindergarten gab es

- Keine Probleme
- Folgende Probleme \_\_\_\_\_

In dieser Zeit gab es zu Hause

- Keine Verhaltensauffälligkeiten
- Folgende Verhaltensauffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Angaben zur Konzentration**

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Angaben zur Impulskontrolle**

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr. Dabei gab es**

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Sauberkeitsentwicklung tags abgeschlossen**

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

**Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen**

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

**Wir haben Elternratgeber zur Sauberkeitsentwicklung angewandt**

- Ja mit
  - Erfolg
  - Verbesserung
  - ohne Erfolg
- Nein

**Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil**

\_\_\_\_\_

**Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern**

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

**Raum für weitere Angaben:**



## **7. Grundschulzeit**

**Temperament des Kindes** \_\_\_\_\_

**Familiäre Belastungen** \_\_\_\_\_

**Angaben zu möglichen Traumata des Kindes** \_\_\_\_\_

---

**Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt** \_\_\_\_\_

---

**Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind** \_\_\_\_\_

---

**Die motorische Entwicklung verlief**

- Altersentsprechend
- Schwierig weil \_\_\_\_\_

**Das Kind hatte Ergotherapie weil** \_\_\_\_\_

**Die Sprachentwicklung verlief**

- Altersentsprechend
- Auffällig weil \_\_\_\_\_

**Das Kind hatte Sprachtherapie weil** \_\_\_\_\_

**Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind** \_\_\_\_\_

---

**Krankenhausaufenthalte wegen** \_\_\_\_\_

Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind \_\_\_\_\_

---

Schuleintritt mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Das Kind hatte sich auf die Schule

- Gefreut
- Nicht gefreut
- Weder/noch

Die Schule hatte ein besonderes Konzept

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Dort gab es

- Keine Probleme
- Folgende Probleme \_\_\_\_\_

Angaben zur Konzentration

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

Angaben zur Impulskontrolle

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr. Dabei gab es

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

### Schulleistungen im

- 2. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 3. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 4. Schuljahr \_\_\_\_\_

### Schulempfehlung nach der 4. Klasse \_\_\_\_\_

Bitte Schulzeugnisse zur Verfügung stellen

### Das Kind hatte

- Keine Freunde
- \_\_\_\_\_ Freunde (Anzahl)
- \_\_\_\_\_ Verabredungen außerhalb der Schule pro Woche
- Wurde gemobbt
  - Ja
  - Nein
- War sozial gut integriert

### Das Kind kam

- Gut mit den Lehrern aus
- Hatte Probleme mit Lehrern weil \_\_\_\_\_

### Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil

\_\_\_\_\_

### Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

Raum für weitere Angaben:

## 8. Weiterführende Schulzeit

Temperament des Jugendlichen \_\_\_\_\_

Familiäre Belastungen \_\_\_\_\_

Angaben zu möglichen Traumata des Jugendlichen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der Jugendliche lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt \_\_\_\_\_

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Jugendlichen

\_\_\_\_\_

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Jugendlichen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte wegen \_\_\_\_\_

Es gab folgende Auffälligkeiten beim dem Jugendlichen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nach der Grundschule wurde folgende Schule besucht

Name \_\_\_\_\_

Schulform \_\_\_\_\_

Die Schule hatte ein besonderes Konzept

- Nein
- Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Dort gab es**

- Keine Probleme
  - Folgende Probleme \_\_\_\_\_
- 

**Angaben zur Konzentration**

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Angaben zur Impulskontrolle**

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr. Dabei gab es**

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten \_\_\_\_\_

**Schulleistungen im**

- 5. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 6. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 7. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 8. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 9. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 10. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 11. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 12. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 13. Schuljahr \_\_\_\_\_

Bitte Schulzeugnisse zur Verfügung stellen.

**Der Jugendliche hatte**

- Keine Freunde
- \_\_\_\_\_ Freunde (Anzahl)
- \_\_\_\_\_ Verabredungen außerhalb der Schule pro Woch

- Wurde gemobbt
  - Ja
  - Nein
- War sozial gut integriert

#### Der Jugendliche kam

- Gut mit den Lehrern aus
- Hatte Probleme mit folgenden Lehrern \_\_\_\_\_  
wegen \_\_\_\_\_

#### Die Schule wurde

- Immer regelmäßig besucht
- Unregelmäßig besucht in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Auch heute noch
  - Nicht
  - Nicht regelmäßig besucht

#### Der Jugendliche nahm/nimmt nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil

\_\_\_\_\_

Die Hobbies wurden im Jahr \_\_\_\_\_ abgebrochen.

#### Er hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

#### Schulwechsel

wegen \_\_\_\_\_  
zu folgender Schule \_\_\_\_\_

#### Eventuelle Probleme

- Hörten dort auf
- Setzen sich fort, und zwar \_\_\_\_\_

**Mein Sohn/meine Tochter**

**Raucht**

- Ja, und zwar ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag
- Nein

**Konsumiert sonstige Drogen**

- Ja, und zwar \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_
- Nein

**Spricht mit mir über Partner\*innen**

- Ja
- Nein
- Ich möchte hierzu mitteilen, dass \_\_\_\_\_

**Angaben über Vorbehandlungen im Bereich psychische Erkrankungen:**

**Bisherige Diagnostik hat stattgefunden**

**In der Praxis \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_**

**Diagnose/n \_\_\_\_\_**

Bitte falls vorhanden Befundbericht zur Verfügung stellen

**Bisherige psychiatrische Medikation mit \_\_\_\_\_**

**Derzeitige Medikation mit \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_**

**Vorausgegangene Psychotherapien in der Praxis \_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

bis \_\_\_\_\_

**Raum für weitere Angaben**