

## Anamnesebogen

Patienten-Name: ..... Geburtsdatum: .....

Mutter: ..... Sorgerecht: Ja Nein

Vater: ..... Sorgerecht: Ja Nein

Andere Betreuer ..... Sorgerecht: Ja Nein

Adresse: .....

Telefonnummer Mutter: .....

Telefonnummer Vater: .....

Telefonnummer Patient: .....

Kinder-/Hausarzt (Name, Adresse, Telefonnummer): .....

.....

Nationalität: ..... Sprachen: .....

Patient befindet sich zurzeit in Therapie: Ja Nein

Eine Arztbrief an den Hausarzt wird gewünscht: Ja Nein

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung/Behandlung einverstanden.

-----

Datum

-----

Unterschriften von allen Sorgeberechtigten

Vorstellungsanlass: .....

.....

.....

Aktuelle Problematik: .....

.....

.....

Bisherige Maßnahmen (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Jugendamt):

.....

.....

Frühere Untersuchungen: Ja Nein Wenn ja, bitte unten angeben (z.B. SPZ):

.....

.....

## Angaben zu den/r Patient/in

Kindergarten (Namen von allen besuchten Einrichtungen, Alter, ggf. Auffälligkeiten):

.....  
.....  
.....

Schule/n (Namen von allen besuchten Einrichtungen, Schulform, Alter, Auffälligkeiten):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Situation in aktuell besuchten Einrichtung (Institution, ggf. Klasse, Auffälligkeiten):

.....  
.....  
.....

Schwangerschaft (ggf. Besonderheiten):

Geburt regelrecht: Ja Nein APGAR: ..... / ..... / ..... pH: ....., .....

Stillen (wie lange): .....

Besonderheiten im 1. Lebensjahr: .....

Freies Laufen: ..... Monate

Sprechen (erste Worte): ..... Monate

Sauberkeit tags: ..... Jahr

Sauberkeit nachts: ..... Jahr

Erkrankungen/Unfälle/Operationen: .....

Hobbies: .....

.....  
.....  
.....

Besondere Belastungen:.....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Angaben zu den Eltern

Eltern: leben gemeinsam seit ..... sind getrennt/geschieden seit: .....

Mutter: Leiblich Stiefmutter Pflegemutter

Alter: ..... Ausbildung: .....

Beruf: .....

Gesundheit und Lebenssituation: .....

.....

Vater: Leiblich Stiefvater Pflegevater

Alter: ..... Ausbildung: .....

Beruf: .....

Gesundheit und Lebenssituation: .....

.....

Bei getrennt lebenden Eltern – Besuchsregelung: .....

.....

Geschwister:

Name	Alters	Gesundheit/Entwicklung	Leiblich-/Halb-/Stiefgeschwister
------	--------	------------------------	----------------------------------

.....

.....

.....

.....

Weitere wichtige Bezugspersonen:

.....

.....

Psychiatrische Erkrankungen in der Familie: .....

.....

.....

.....

Kommentare: .....

.....

.....