

Anamnesebogen

Liebe/er Patient/in, liebe Eltern bzw. päd. Mitarbeiter/innen,

dieser Fragebogen zur Vorgeschichte der Entwicklung der Symptomatik (Anamnese) dient der Vorbereitung unserer Therapiesitzungen. Indem Sie ihn vollständig und sorgfältig ausfüllen, können wir unsere Therapiezeit gezielt für die für Sie bedeutsame Themen nutzen. Selbstverständlich werden diese Daten absolut vertraulich behandelt und nur in dem Rahmen weitergegeben, wie es notwendig ist, damit Gutachter der Krankenkassen die Kostenübernahme befürworten können.

Bitte überprüfen Sie nach dem Ausfüllen des Bogens, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Wenn Sie sich bei bestimmten Fragen unsicher sind, können wir darauf im Gespräch zurückkommen.

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von:

Vater Mutter Eltern _____

2. Allgemeine Angaben zum Patienten:

Name:	Vorname(n):	Rufname/Kosename:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
Straße/ Hausnummer:	PLZ / Ort:	Telefonische Erreichbarkeit:
Geschlecht:	Größe: in cm	Religionszugehörigkeit:
<input type="checkbox"/> weiblich	Gewicht: in kg	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> evangelisch
<input type="checkbox"/> männlich	wird von uns errechnet:	<input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> muslimisch
<input type="checkbox"/> divers	BMI:	<input type="checkbox"/> _____
Lebt vorwiegend bei:		Anschrift/Telefonnummer
<input type="checkbox"/> leiblichen Eltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	_____
<input type="checkbox"/> leiblicher Mutter	<input type="checkbox"/> Wohngruppe in:	_____
<input type="checkbox"/> leiblichem Vater	<input type="checkbox"/> _____	_____

3. Vorstellungsanlass, Problembereiche und Stärken der/des Patient/in:

3.1 Was ist der Grund der Vorstellung? Welche Symptome beobachten Sie beim Kind und seit wann bestehen diese?

	Vorstellungsanlass/Symptom	besteht seit ca:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Worüber machen Sie sich folgende Personen/Institutionen am meisten Sorgen?

Mutter: _____

Vater: _____

Kindergarten/Schule/Ausbildung: _____

3.2 Ausmaß der aktuellen Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen (Elternsicht):

(bitte ankreuzen)	keine	gering	mäßig	Groß	sehr groß
Schule/Ausbildung/Studium:					
Hausaufgaben/Lernen:					
Alltagserledigungen:					
Familienleben:					
Kontakt zu Freunden:					
Partnerschaft:					
Freizeitgestaltung:					
Körperliche Leistungsfähigkeit:					

Welche Stärken bzw. Eigenschaften schätzen Sie am Kind?

Mutter: _____

Vater: _____

3.3 Wie schöpft das Kind Kraft, wenn es ihm schlecht geht, wie kommt es zur Ruhe?

Sicht der Mutter: _____

Sicht des Vaters: _____

3.4 Wie schöpfen Sie als Eltern Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht, wie kommen Sie zur Ruhe?

als Mutter: _____

als Vater: _____

4. Welche Vorbehandlungen wurden bereits durchgeführt?

	Von	bis	bei wem? (Name, Adresse)
<input type="checkbox"/> Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Logopädie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Lerntherapie			
<input type="checkbox"/> KJ-Psychiatrie			
<input type="checkbox"/> KJP-Tagesklinik			
<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Klinik			
	seit Lj.:	Dosis	Name des Medikaments
<input type="checkbox"/> Medikamente			
<input type="checkbox"/> Homöopathie			
	Von:	Bis:	Welches Jugendamt?
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung			
<input type="checkbox"/> Erziehungsbeistand			
<input type="checkbox"/> Familienhilfe			
<input type="checkbox"/> Heilpäd. Tagesstätte			
<input type="checkbox"/> Heimerziehung			
<input type="checkbox"/> Pflegefamilie			

Was haben Sie als Eltern schon versucht, um die Problematik zu verbessern (Paartherapie, Eheberatung, bestimmte Erziehungspraktiken, ...)?

5. Daten der leiblichen Eltern:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vorname(n):		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Straße / Hausnummer:		
PLZ/ Ort:		
Festnetz:		
Handy:		
Email:		
Nationalität:	<input type="checkbox"/> Deutsche <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/> _____
Sorgerecht: liegt bei <input type="checkbox"/> Eltern(teil) <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeschränkt: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeschränkt: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
Erziehungszeit in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für ____ Monate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für ____ Monate
Schulabschlüsse/ Bildungsweg:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige_____	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige_____

Ausbildungsabschluss und beruflicher Werdegang:	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____
Aktuell tätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> verrentet seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/ Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Hausfrau als: _____	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> verrentet seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Hausmann als: _____
Arbeitsumfang:	<input type="checkbox"/> Teilzeit : _____ Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Teilzeit : _____ Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst
Beziehungsstatus:	<input type="checkbox"/> zusammenlebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Konstellation:
Behinderung /-grad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____%	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: _____%

6. Kontaktdaten getrennter bzw. verwitweter Elternteile:

	Lebenspartner(in) der Mutter	Lebenspartner(in) Vater
Vorname(n):		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Handy:		
Nationalität:	<input type="checkbox"/> Deutsche <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/> _____

Schulabschlüsse/ Bildungsweg:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule
Ausbildungsabschluss und beruflicher Werdegang:	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____
Aktuell tätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellte als: _____	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellter als: _____
Arbeitsumfang:	<input type="checkbox"/> Teilzeit : _____ Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Teilzeit : _____ Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst
Vorherige Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Aktuelle Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> zusammen seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____	<input type="checkbox"/> zusammen seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____

6. Geschwister(position) des/der Patienten/in (evtl. zusätzliches Blatt verwenden):

Der Patient ist das _____ Kind von insgesamt _____ Geschwistern.

	1	2	3	4
Vorname:				
Nachname:				

Geburtsdatum:				
Verhältnis:	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.
Schulart:	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule
Klasse:				
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ausbildung:	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> _____
Auffälligkeiten/ Probleme/ Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:
Lebt im gleichen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

8. Umgangsregelung für den/die Patientin/en:

- Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil:
Wie häufig? _____ Wie verlässlich? _____
- Es besteht **KEIN** Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil:
Seit wann? _____ Weshalb? _____

Die Umgangsregelung entstand durch:

- Eltern untereinander/einvernehmlich Beratungsstelle Jugendamt Gericht

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung?

- sehr zufrieden zufrieden unzufrieden nicht akzeptierend

9. Herkunftsfamilie der Eltern

9.1 Psychische Störungen oder chronische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie?

mütterlicher-seits	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma	Opa	Sonstige Verwandte
1.					
2.					
3.					
väterlicher-seits	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma	Opa	Sonstige Verwandte
1.					
2.					
3.					

9.2 Angaben zur Herkunftsfamilie der leiblichen Mutter

Bei wem sind Sie als Kind aufgewachsen?

Wann sind Sie zu Hause ausgezogen und was hat Sie dazu veranlasst?

Welche besonderen Lebensereignisse haben Ihre Kindheit geprägt?
(Scheidung(en), schwerwiegende Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Pflegefamilien- oder Heimaufenthalte, Schulwechsel, sexueller bzw. Gewaltmissbrauch, ...)

Wie viele Geschwister haben Sie, wie alt sind diese? Anzahl Brüder: ___ Alter: __, __, __
Anzahl Schwestern: ___ Alter: __, __, __

Sind bereits Geschwister von Ihnen verstorben? Nein ja, _____

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern heute? Haben Sie regelmäßig Kontakt?

Wie erinnern Sie Ihre eigene Kindheit?

als sehr glücklich -----als sehr unglücklich

Haben Sie sich als Kind von Ihrer Familie unterstützt gefühlt oder waren Sie früh auf sich allein gestellt?

als sehr unterstützend -----als sehr auf mich gestellt

Welchen Schulabschluss bzw. welche Berufsausbildung haben Ihre Eltern?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt? Mutter ____ Jahre Vater ____ Jahre

Wie alt ist Ihre Mutter bzw. wann und woran ist diese verstorben? _____

Wie alt ist Ihr Vater bzw. wann und woran ist dieser verstorben? _____

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und Ihrer eigenen Kindheit, dem eigenen schulischem bzw. beruflichen Werdegang?

Nein Ja, _____

9.3 Angaben zur Herkunftsfamilie des leiblichen Vaters

Bei wem sind Sie als Kind aufgewachsen?

Wann sind Sie zu Hause ausgezogen und was hat Sie dazu veranlasst?

Welche besonderen Lebensereignisse haben Ihre Kindheit geprägt?

(Scheidung(en), schwerwiegende Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Pflegefamilien- oder Heimaufenthalte, Schulwechsel, sexueller bzw. Gewaltmissbrauch, ...)

Wie viele Geschwister haben Sie, wie alt sind diese? Anzahl Brüder: ____ Alter: __, __, __

Anzahl Schwestern: ____ Alter: __, __, __

Sind bereits Geschwister von Ihnen verstorben? Nein ja, _____

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern heute? Haben Sie regelmäßig Kontakt?

Wie erinnern Sie Ihre eigene Kindheit?

als sehr glücklich -----als sehr unglücklich

Haben Sie sich als Kind von Ihrer Familie unterstützt gefühlt oder waren Sie früh auf sich allein gestellt?

als sehr unterstützend -----als sehr auf mich gestellt

Welchen Schulabschluss bzw. welche Berufsausbildung haben Ihre Eltern?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt? Mutter ____ Jahre Vater ____ Jahre

Wie alt ist Ihre Mutter bzw. wann und woran ist diese verstorben? _____

Wie alt ist Ihr Vater bzw. wann und woran ist dieser verstorben? _____

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und Ihrer eigenen Kindheit, dem eigenen schulischem bzw. beruflichen Werdegang?

Nein Ja, _____

10. Verlauf Ehe, Partnerschaft der Eltern bzw. Stief-, Pflege-, Adoptiveltern

Empfinden Sie Ihre aktuelle Beziehung als unterstützend?

Mutter: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Vater: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Denken Sie manchmal daran, sich zu trennen?

Mutter: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Vater: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Wie empfinden Sie Ihre Sexualität in der Partnerschaft?

Mutter: betrifft mich nicht bzw.: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Vater: betrifft mich nicht bzw.: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Wie zufrieden sind Sie mit der Wohnsituation Ihrer Familie?

Mutter: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Vater: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Wie zufrieden sind Sie mit der Einkommenssituation Ihrer Familie?

Mutter: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Vater: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Welche Rolle spielt Religion bzw. Spiritualität in Ihrem Leben?

Mutter: keine Rolle anlassbezogen (Taufe, Hochzeit, Beerdigung,...) große Rolle
weil: _____

Vater: keine Rolle anlassbezogen (Taufe, Hochzeit, Beerdigung,...) große Rolle
weil: _____

Wie viele gute Bekannte/ Freunde haben Sie? Mutter ____ Vater ____ gemeinsam ____

Wie häufig ist der Kontakt zu Ihren Bekannten/Freunden?

Mutter: täglich wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Vater: täglich wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung Ihrer Bekannten/Freunde?

Mutter: sehr zufrieden -----sehr unzufrieden

Vater: sehr zufrieden -----sehr unzufrieden

Wie haben Sie sich kennen gelernt (Alter), war dies ihre erste Beziehung, wann sind sie als Paar zusammengezogen, was gab den Anstoß dazu, war Ihre Herkunftsfamilie mit der Partnerwahl einverstanden?

Gibt/Gab es Belastungen und Krisen in Ihrer Partnerschaft (z.B. wie einig waren Sie sich bei der Anzahl der gemeinsamen Kinder, Erziehungsfragen, ein/e Partner/in ging fremd, Herkunftsfamilie war mit der Wahl des/der Partner/in nicht einverstanden, Fragen der Eheschließung,...) und wie haben Sie diese Krisen bisher versucht zu bewältigen?

11. Entwicklungsgeschichte des Patienten

11.1 Schwangerschaft:

- Wievielte Schwangerschaft? 1. 2. 3. 4. __
- Gab es zuvor Totgeburten? nein ja, (wann, Ursache) _____
- War die Schwangerschaft geplant? ja nein
- Erfolgte eine Behandlung der (vermeintlichen) Unfruchtbarkeit? nein ja
- Wenn ja, welche kam zum Einsatz? IVF ICSI _____
- Hat die Mutter in der Schwangerschaft folgende Substanzen eingenommen, wie häufig/regelmäßig?

Nikotin	Alkohol	Drogen	Medikamente
<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> ja, _____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Hat es während der Schwangerschaft Besonderheiten gegeben?

<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> geschwollene Beine (Ödeme)
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Stress o. seelische Belastung
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Unfälle, Krankenhausaufenthalt

Weitere bzw. nähere Anmerkungen zur Zeit der Schwangerschaft:

11.2 Geburtsverlauf:

Alter der Mutter:	Woche der Entbindung:	Art der Geburt	Entbindungsart:
		<input type="checkbox"/> stationäre Geburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt
Geburtsgewicht in Gr.:	Länge in cm:	<input type="checkbox"/> ambulante Geburt	<input type="checkbox"/> Saugglockengeburt
		<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Geburtszange
		<input type="checkbox"/> Wassergeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen während der Geburt? nein ja, bitte ankreuzen, ergänzen

<input type="checkbox"/> Langdauernde Geburt	<input type="checkbox"/> Nabelschnurvorfal oder Umschlingung	<input type="checkbox"/> Falsche Lage des Kindes
<input type="checkbox"/> Langdauernde Presswehen	<input type="checkbox"/> Schlechte Herztöne des Kindes	<input type="checkbox"/> Beckenendlage
<input type="checkbox"/> Blasensprung/ Fruchtwasserabgang < 6 Std. vor Geburt		<input type="checkbox"/> Querlage
		<input type="checkbox"/> Gesichtslage

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsgeburt? nein ja, das Kind war
 das erste das zweite _____

Hat das Kind sofort nach der Geburt geschrien? ja nein weiß ich nicht

Hat der Vater die Geburt begleitet? ja nein weiß ich nicht

Wurde das Kind nach der Geburt von der Mutter länger getrennt? nein ja, das Kind

wurde in eine Kinderklinik verlegt (weshalb, wie lange) _____

vom Jugendamt weggenommen (Anlass etc.) _____

11.3 Bindungsentwicklung, Körperkontakt und Nahrungsaufnahme

- Ließ das Kind den Körperkontakt zu? ja nein weiß ich nicht
- Ließ sich das Kind durch Körperkontakt beruhigen? ja nein weiß ich nicht
- Vermied das Kind den Blickkontakt? ja nein weiß ich nicht
- War das Kind leicht irritierbar? ja nein weiß ich nicht
- Wurde das Kind gestillt? ja, bis zum ____ Lebensmonat nein, weil

Gab es Umstellungsprobleme auf Breie, feste Nahrung (ab welcher Woche gegeben)?

Gab es Besonderheiten beim Essen? nein ja, folgende

<input type="checkbox"/> Lange Fütterungsdauer	<input type="checkbox"/> Abneigung gegen Speisen, welche?
<input type="checkbox"/> Vermehrtes Speicheln	
<input type="checkbox"/> Erbrechen/ Würgen	<input type="checkbox"/> Andere Auffälligkeiten, welche?
<input type="checkbox"/> Nahrungsverweigerung	
<input type="checkbox"/> Saug-, Schluck oder Kaustörungen	

Wenn in den ersten Lebenswochen Probleme auftraten, wie belastend waren diese?

Problem/Störung	Ja	nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	Gering	Mittelstark	Sehr stark
Gelbsucht						
Atemstörung						
Trinkschwäche						
Fütter- und Gedeihstörung						
Erbrechen						
Dreimonatskoliken						
Anhaltendes Schreien						
Motorische Unruhe						
Schlafstörungen						
Krämpfe						
Sonstiges:						

12. Entwicklungsbereiche und ihr Verlauf:

Wie ist die motorische Entwicklung verlaufen?:	Alter in Monaten:
Wann ist das Kind gekrabbelt?	
Wann konnte es alleine sitzen?	
Wann konnte es frei stehen?	
Wann konnte es frei laufen?	

Bauch- und Rückenlage in der Wachphase wurden toleriert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist sehr bewegungsfreudig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind vermeidet Bewegungsaktivität?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind praktiziert(e) den Zehenspitzenengang?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen (spezifische Entwicklungsverzögerungen, Beobachtungen):

Wie ist die sprachliche Entwicklung verlaufen?	Alter in Monaten:
Wann konnte es erste Worte sprechen?	
Wann konnte es einfache Sätze bilden?	
Hat es sich mit Zeigen, Winken mit der Hand im 1. LJ verständigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat(te) es Schwierigkeiten beim Lautieren, Brabbeln im 1. LJ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden in der Familie noch andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zeigt das Kind Auffälligkeiten in der Aussprache (welche)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Was waren die ersten Worte des Kindes?	

Trafen (wie lange?) oder treffen eine oder mehrere dieser sprachlichen Auffälligkeiten auf ihr Kind zu?

nein ja, folgende

<input type="checkbox"/> Das Kind nimmt/nahm bei der Ansprache keinen Blickkontakt auf.	<input type="checkbox"/> Das Kind benutzt(e) eine Eigensprache.
<input type="checkbox"/> Das Kind schaut(e) dem anderen beim Sprechen nur wenig oder gar nicht in die Augen.	<input type="checkbox"/> Das Kind spricht nur in bestimmten Situationen, obwohl es sprechen kann.
<input type="checkbox"/> Das Kind reagiert(e) nicht, wenn man es beim Namen ruft/rief.	<input type="checkbox"/> sonstige:

Weitere Anmerkungen:

Wie ist die Sauberkeitsentwicklung verlaufen?	Alter in Monaten:
Wann war es tagsüber trocken?	
Wann war es tagsüber sauber?	
Wann war es nachts trocken?	
Wann war es nachts sauber?	
Leidet oder litt der Junge an einer Phimose (Vorhautverengung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kam oder kommt es beim Kind zu Kotschmierern?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kam oder kommt es beim Kind häufig zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Anmerkungen (Rückfälle, evtl. im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen, ...):

Wie hat sich das Essen und Trinken entwickelt?	Alter in Monaten:
Seit wann isst das Kind mit Besteck bzw. beherrscht deren Umgang?	
Kann das Kind alleine essen?	
Das Kind braucht zum Essen sehr lange.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist beim Essen sehr wählerisch.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind lehnt warme Speisen ab.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind lehnt kalte Speisen ab.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind hat eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

Anmerkungen (Rückfälle, evtl. im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen, ...):

Sexuelle Entwicklung – Verlauf der Pubertät ?	Alter in Monaten:
Hatte das Kind bereits Stimmbruch, wann hat dieser begonnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Wurde das Kind sexuell in der Familie aufgeklärt, wenn ja durch wen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte das Kind bereits sexuelle Aufklärung in KG, Schule, Heim,...?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Ist das Kind an den Genitalien operiert worden, wenn ja weshalb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte ihre Tochter bereits ihre Regelblutung (Menstruation), seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte ihr Sohn bereits Samenerguss (Pollution) , seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,

Anmerkungen (Doktorspiele im Kindergarten, erste große Liebe, Interesse am anderen, gleichem Geschlecht, empfindet sich als Junge/Mädchen im falschen Körper,...)

Wurde beim Kind die **Sehfähigkeit** überprüft? nein ja, zuletzt _____

Wurde eine Schielbehandlung durchgeführt? nein ja, von _____ bis _____

Trägt es eine Brille/Kontaktlinsen? nein ja, seit _____

Brille wegen seiner: Kurzsichtigkeit Dioptrienzahl: _____

Kontaktlinsen Weitsichtigkeit Dioptrienzahl: _____

Wurde beim Kind die **Hörfähigkeit** überprüft? nein ja, zuletzt _____

Paukenergüsse (wann, Anmerkung) _____

Mittelohrentzündung (wann, Anmerkung) _____

Operation im HNO-Bereich (wann, Anmerkung) _____

Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (wann) _____

Trägt es ein Implantat, Hörgerät? nein ja, seit _____

Hörgerät Hörimplantat Ursache: _____

Wie ist das aktuelle **Schlafverhalten** des Kindes? unauffällig auffällig, denn es
 wacht immer wieder auf hat Alpträume
 schläft lange nicht ein schläft nur mit Lichtquelle

Wo schläft das Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer
 bei den Eltern bei Geschwistern

Wann geht das Kind abends zu Bett? _____ Uhr und steht es morgens auf? _____ Uhr

Zeigt das Kind aktuell Besonderheiten bei **Berührungen**? nein ja, folgende
 vermeidet Körperkontakt vermeidet bestimmte Kleidung, Materialien

Zeigt das Kind Besonderheiten im **Schmerzempfinden**? nein ja, folgende

Zeigt das Kind eine **Bevorzugung einer Hand**? nein ja
 Händigkeit noch unausgereift linkshändig rechtshändig

Zeigt das Kind besondere händische Schwierigkeiten? nein ja, beim
 Malen Basteln Umgang mit Schere Umgang mit Stift

Kann sich das Kind **selbständig anziehen**? ja, seit ____ nein, es benötigt Hilfe beim
 Reißverschluss Schleife binden Knöpfe schließen/öffnen

Wie beurteilen Sie als Eltern **im Vergleich mit anderen gleichaltrigen Kindern** die Entwicklung des Kindes?

normal, gleich schnell entwickelt langsamer entwickelt rascher entwickelt

13. Entwicklungsverlauf in der Kinderkrippe/ Kindergartenzeit:

Hat das Kind eine Kinderkrippe / Kindergarten besucht? nein ja, ab dem ____ Lj.

Wie sind/waren die Besuchszeiten? halbtags ganztags stundenweise

Hat(te) das Kind einen Integrationshelfer, Integrationsmaßnahmen? nein ja, _____

Gibt/ gab es bei der Eingewöhnung Probleme? nein ja, welche:

Wie kommt/ kam das Kind mit den anderen Kindern zurecht? gut weniger gut, weil:

Wie kommt / kam das Kind mit den Erziehern/innen zurecht? gut weniger gut, weil:

Gibt/ gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse? nein ja, welche:

Wie gerne geht / ging das Kind in den Kindergarten?

sehr gerne gern mittel nicht so gerne sehr ungern

Gab es einen Kindergartenwechsel?

nein ja, wann, (Alter des Kindes, warum)

14. Schulischer Entwicklungsverlauf:

Welche Schulen hat das Kind bisher besucht?
(von wann bis wann?)

- Grundschulförderklasse
- Regelgrundschule
- Förderschule L E G
- Sprachheilschule
- Mittelschule
- Realschule
- Gemeinschaftsschule
- Gymnasium
- FOS
- Andere:

Hat das Kind eine Vorklasse besucht?

nein ja, welche?

Wurde eine Diagnose und Förderklasse besucht?

nein ja, welche?

Wann wurde das Kind eingeschult (mit Jahren)?

Welche Klasse besucht das Kind aktuell?

Was sind die Lieblingsfächer des Kindes?

Hat das Kind Teilleistungsschwierigkeiten? nein
 ja, im Lesen Rechnen Schreiben

Hat das Kind bereits eine Klasse wiederholt? nein ja, welche?

Wurde das Kind umgeschult? nein ja, Klasse(n)

Wurde der Besuch einer weiterführenden Schule von Lehrern empfohlen? nein
 ja

Hat das Kind einen Förderstatus an der Schule oder besucht es einen Förderunterricht? nein ja, und zwar:

Erledigt das Kind die Hausaufgaben selbständig? ja nein

Zeigt das Kind bei den Hausaufgaben hohe Ablenkbarkeit
 motorische Unruhe
 Konzentrationsprobleme
 Verweigerung zu beginnen
 Unterschlagen v. Aufgaben, Vorbereitungen?

Das Kind ist mit den Hausaufgaben beschäftigt < 1 Std. < 2 Std. < 3 Std.

Bekommt das Kind Nachhilfe und wie regelmäßig? nein
 ja, nach Bedarf im Fach _____
 ja, kontinuierlich im Fach _____

Besucht das Kind die schulische Nachmittagsbetreuung bzw. eine Ganztagesklasse? Wer betreut es am Nachmittag ansonsten? ja, die Nachmittagsbetreuung
 ja, eine Ganztagesklasse
 nein, wird von den Eltern betreut
 nein, wird von den Großeltern betreut
 nein, wird von _____betreut

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen? überdurchschnittlich
 durchschnittlich
 unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen zufrieden? zufrieden
 meistens zufrieden
 selten zufrieden
 unzufrieden

Wie ist das Kind in den Klassenverband integriert? mäßig bzw. gut in die Klasse integriert
 Außenseiter Freunde in anderen Klassen

Wurden bereits Diagnosen gestellt und wann?

- nein
- ja, und zwar in der ____ Klasse
- Dyskalkulie Legasthenie AD(H)S

Wie würden Sie das Sozialverhalten des Kindes in der Schule beschreiben?

- unauffällig
- engagiert als
 - 1./2. Klassensprecher
 - 1./2. Schülersprecher
 - Schulsanitäter
 - Streitschlichter
 - Tutorentätigkeit
- auffällig, z.B.
 - sehr stiller Schüler
 - aggressiv gegen Mitschüler
 - verlässt unerlaubt das Schulgelände
 - stört häufiger den Unterricht
 - schwänzt öfter die Schule
 - sonstiges:

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert?

- nein ja, (seit, Art, Anschrift)

15. Belastende Lebensereignisse für das Kind? Bitte Alter des Kindes angeben, in dem das Ereignis stattfand bzw. weshalb denken Sie, wurde das Kind damit wie belastet?

- Trennungserfahrung (Tagesmutter, Inhaftierung eines Elternteiles, ...)
- Tod wichtiger Bezugspersonen, Tiere
- Geburt von Geschwistern, Geschwisterrolle
- Trennung bzw. Scheidung der Eltern
- Gewalt-, emotionaler, sexueller Missbrauch
- Umzüge / Verlust sozialer Bezüge
- Rassismus, Diskriminierung, Mobbing
- schwere Erkrankungen in der Familie
- eigene schwere Erkrankung/Unfälle

bitte Alter angeben, kurze nähere Angaben

16. Freizeitverhalten des Kindes:

Wie viele gute Freunde hat das Kind ungefähr?

- keinen einen 1-2 Freunde 3-4 Freunde mehr als 4 Freunde

An wie vielen Tagen liest das Kind in einem Buch?

- nie sehr selten an _____ Tagen pro Woche

Was spielt das Kind zu Hause am liebsten, womit verbringt es dort hauptsächlich seine Freizeit?

Geht das Kind regelmäßigen außerhäuslichen Freizeitaktivitäten nach (Spielplatzbesuche, Sportarten betreiben, Sportvereinen angehören, Chor, Musikunterricht, Pfadfinder, Ministranten, Feuerwehr, Jugendrotkreuz, Schachverein, ...)?

- nein ja (welche, seit wann, wie häufig pro Woche)

Wie häufig finden folgende Freizeitaktivitäten statt (bitte entsprechend ankreuzen)?

Wie häufig	Jeden Tag	Etwa 3-5 mal pro Woche	Etwa 1-2mal pro Woche	Seltener	Nie
Spiel im Freien alleine, mit anderen					
Mein Kind besucht Freunde					
Freunde besuchen mein Kind					

Wie viel Zeit verbringt das Kind ca. täglich mit Medien?

Wie häufig	Weniger als 1 Stunde	Etwa 1-2 Stunden	Etwa 3-4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy Smartphone					
Computer, Tablet, Internet					
Fernsehen DVD etc.					
Playstation, Wii, Nintendo, Konsole					
Montag bis Freitag					
Samstag bis Sonntag, Feiertage					

17. Körperliche Gesundheit des Kindes:

Welche körperlichen Symptome treten aktuell auf?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> deutliche Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Erstickungsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> vermehrtes Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust | <input type="checkbox"/> Würge- bzw. Brechreiz | <input type="checkbox"/> Haut juckt/brennt |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Rücken | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Nacken | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Schulter | <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> _____ |

Welche Kinderkrankheiten hatte das Kind bisher?

Leidet das Kind an chronischen Krankheiten? nein ja, an:

Allergien:

- Heuschnupfen
- Hausstauballergie
- Nahrungsmittel

Hauterkrankungen:

- Neurodermitis
- Psoriasis (Schuppenflechte)
- Ichtyosis (Fischschuppen)

Essstörungen:

- Adipositas
- Binging Eating
- Magersucht

Atemwegserkrankungen:

- Asthma bronchiale
- Mukoviszidose
- Zystische Fibrose

Diabetes:

- Typ 1
- Typ 2

Sonstige:

- Neurofibromatose
- Angeborene Herzfehler
- Krebserkrankung (welche?)
- _____
- _____

Darmerkrankungen:

- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn

Anfällen:

- Epilepsie
- Fieberkrämpfen
- Krampfanfällen

Haben Sie das Kind impfen lassen

- nein, weil _____
- ja und der Impfstatus ist aktuell? ja
- nein, es fehlen: _____

Hatte das Kind Krankenhausaufenthalte?

- nein ja,

Alter:	Einweisungsgrund:

Die folgende Seite ist nur auszufüllen, wenn das Kind als Pflegekind, Adoptivkind oder Heimbewohner in einem anderen Umfeld lebt bzw. aufwächst.

18. Spezielle zusätzliche Fragen bei Adoptions- oder Pflegeverhältnissen:

Seit wann lebt das Kind in seinem neuen Lebensumfeld? _____

Weshalb lebt das Kind bei Ihnen? (kurze Beschreibung der Umstände, wie ist die Einstellung des Kindes bzw. seiner leiblichen Eltern zur Unterbringung, Adoption, Pflegschaft?)

Wie hat das Kind zunächst auf die veränderte Wohn- und Lebenssituation reagiert?

Mit welchen Personen lebt das Kind jetzt im Alltag zusammen? (Erwachsene und deren Qualifikation, Kinder und deren Alter bzw. Geschlecht)

Wie hat sich das Kind eingelebt und wie ist das Verhältnis des Kindes zu den verschiedenen Personen?

Wie ist das Verhältnis aktuell zu seinen leiblichen Eltern?

Vielen Dank!