



Anamnesebogen

Praxis Tara Dougherty
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Benzstr. 3a · 37083 Göttingen
Telefon 0551.7707980 · Telefax 0551.7707981
kjppraxis@posteo.de

Bitte schicken Sie den möglichst vollständigen und gut leserlich ausgefüllten Bogen mit dem beiliegenden Behandlungsvertrag **vor dem ersten Termin** an die Praxis zurück.

Angaben zum Kind

Name, Vorname: _____ Geboren am: _____

Alter: _____

Wohnhaft bei: Mutter Vater _____

Sorgerecht bei: Mutter Vater _____

Vorstellungsanlass

1. Bitte beschreiben Sie in kurzen Sätzen den Grund der Vorstellung:

2. Seit wann bestehen die Probleme? _____

3. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserer Praxis?

4. Wurde ihr Kind schon in einer kinder-/jugendpsychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxis behandelt? Wo?

5. Macht ihr Kind aktuell eine Therapie? Wo?

6. Welche Vorbehandlungen wurden durchgeführt? Wo?

Logopädie Physiotherapie Ergotherapie: _____

Amb. Psychotherapie: _____

Teil-/ Stationärer Aufenthalt in kinder- & jugendpsychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen: _____

Erziehungsberatungsstellen: _____

Bitte bringen Sie Kopien der Vorbefunde zum Erstgespräch mit



Angaben zu den Sorgeberechtigten und Bezugspersonen

Sorgerecht bei: Eltern Mutter Vater gesetzl. Vormund
(Angaben siehe unten)

Die Eltern sind: Zusammenlebend Getrennt Geschieden

Mutter Leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter

Name, Vorname _____ Geboren am: _____

Anschrift: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Berufsbezeichnung: _____
 Vollzeit Teilzeit Erwerbslos zu Hause

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen: _____

Vater Leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater

Name, Vorname _____ Geboren am: _____

Anschrift: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Berufsbezeichnung: _____
 Vollzeit Teilzeit Erwerbslos zu Hause

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen: _____

Angaben zu gesetzlichem Vormund (falls zutreffend, bitte ausfüllen)

Name, Vorname der Pers. bzw. Stelle _____

Anschrift: _____

Festnetz: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Betreuend seit: _____

Angaben zur Wohngruppe (falls zutreffend, bitte ausfüllen)

Name der Wohngruppe: _____

Anschrift: _____

Bezugsperson: _____ Telefon: _____

Name des Kindes: _____

Geschwister (beginnend mit den Ältesten)

Name, Geboren
Vorname: _____ am: _____
Erkrankungen
Medikation: _____

Name, Geboren
Vorname: _____ am: _____
Erkrankungen
Medikation: _____

Name, Geboren
Vorname: _____ am: _____
Erkrankungen
Medikation: _____

Andere wichtige Bezugspersonen (z.B. Erziehungsbeistand, andere Familienmitglieder)

Name, Rolle:
Vorname: _____

Name, Rolle:
Vorname: _____

Name, Rolle:
Vorname: _____

Entwicklungsanamnese

Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt _____ Jahre

Geplante Schwangerschaft Ja Nein

Schwangerschaftskomplikationen Nein
 Ja, Welche: _____

Nachfolgende Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft ihres Kindes

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____
(in g) (in cm) (in cm)

Geburt in Schwangerschaftswoche _____

Apgar-Werte: _____ / _____ / _____

Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt:

nein Ja, beim Kind: _____

Ja, bei der Mutter: _____

Geburtsmodus: Spontangeburt Zangengeburt Vakuumextraktion
 Geplanter Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt

Dauer der Geburt: _____

Entwicklung im Kleinkindalter

Meilensteine der Entwicklung

Freies Sitzen mit: _____ Monaten
Laufen mit: _____ Monaten
Erste Worte mit: _____ Monaten/Jahren
Erste Sätze mit: _____ Monaten/Jahren
Tags trocken mit: _____ Jahren
Nachts trocken mit: _____ Jahren

Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)

Nein Ja, diese: _____

Beschreiben Sie die Wesenszüge ihres Kindes im ersten Lebensjahr:

Spielverhalten im Vorschulalter

Was spielt bzw. spielte
ihr Kind gerne? Was
unternimmt bzw.
unternahm ihr Kind
gerne? _____

Kann / konnte sich Ihr Kind alleine beschäftigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann / konnte sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat / hatte ihr Kind Freunde/Freundinnen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Kann / konnte ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Vorschulische Entwicklung

Besuch Krippe Nein Ja, ab welchem Alter: _____
Besuch Kindergarten Nein Ja, ab welchem Alter: _____

Besonderheiten (z.B.: Integrationsplatz, Frühförderung, Ergotherapie, Logopädie)

Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu anderen. Welche Stärken, welche Probleme gab es?

Name des Kindes: _____

Schulische Entwicklung

Mit wie vielen Jahren wurde Ihr Kind eingeschult? _____

Schule/ Schulart? _____

Gab es einen
Schulwechsel oder
Klassenwiederholung
und falls ja, warum? _____

Welche Schule besucht Ihr Kind
derzeit? _____

Gibt es schulische Probleme
(soziales Miteinander/
Lernstoff)? _____

Was sind die Lern-Stärken
und Lern-Schwächen ihres
Kindes? _____

Verhalten und Emotionen

Was beobachten Sie bei Ihrem Kind? _____

Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigungen und Lieblingshobbies Ihres Kindes

Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes

Schwerwiegende Ereignisse

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen,
Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld? Nein Ja, folgende:

Körperliche Gesundheit

Körpermaße: Derzeitige Körpergröße ihres Kindes (bitte messen): _____

Derzeitiges Gewicht ihres Kindes (bitte wiegen): _____

Vorerkrankungen: _____

Wurde ihr Kind schon in einem Krankenhaus behandelt?

Krankenhaus	Jahr	Grund der Behandlung
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Liegen Allergien vor? Welche:

Werden Medikamente eingenommen?

Name des/ der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Seit wann: _____

Grund der Verschreibung: _____

Von wem Verschrieben: _____

Sonstiges

Gibt es andere Aspekte, die Sie uns schildern möchten?

Beim Kind: _____

Innerhalb der Familie: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!