

Dr. med. Sabine Ganssaue  
FÄ für Kinder- & Jugendpsychiatrie & -psychotherapie  
Bornhövedstraße 78b  
19055 Schwerin



SOZIALPSYCHIATRISCHE PRAXIS  
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE

## Anamnesebogen

Liebe Patient:Innen, sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

Sie haben sich für eine Vorstellung Ihres Kindes in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis entschieden. Um einen guten Verlauf der Behandlung gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, den vorliegenden Fragebogen genau und vollständig auszufüllen und uns möglichst noch vor dem Erstvorstellungstermin zukommen zu lassen.

Ihre Daten werden vertraulich behandelt. Wir halten uns selbstverständlich an Datenschutzrichtlinien und die ärztliche Schweigepflicht. Nur mit dem schriftlichen Einverständnis der Sorgeberechtigten werden Patientendaten an Dritte weitergegeben.

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

---

Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen

Geburtsdatum

---

Anschrift

---

Ggf. Ansprechpartner:Innen in Einrichtung (Name, Telefon)

---

Telefonnummer

E-Mail

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

---

Krankenversicherung

Hauptversicherte(r)

Seite 1 von 9

**Vorstellungsgrund in der Praxis:**

Beschreiben Sie bitte die aktuelle Symptomatik:

*Anmerkungen der Ärztin/Therapeutin:*

Seit wann bestehen die Probleme? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, was bis heute eine Rolle spielt?

\_\_ nein \_\_ ja, und zwar:

**Leibliche Eltern:**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Mutter Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer E-Mail

\_\_\_\_\_  
Schulabschluss Beruf derzeit tätig als

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Vaters Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer E-Mail

\_\_\_\_\_  
Schulabschluss Beruf derzeit tätig als

**Geschwister** (bitte Name, Alter und ggfs. Vorerkrankungen angeben):

Leibliche Geschwister: \_\_\_\_\_

Halbgeschwister: \_\_\_\_\_

Stiefgeschwister: \_\_\_\_\_

Pflege- oder Adoptivgeschwister: \_\_\_\_\_

Weitere wichtige Bezugspersonen:

**Ist in der Familie jemand von körperlichen oder psychischen Erkrankungen betroffen?**

Wenn ja, bitte Person und Erkrankung angeben:

## Entwicklung des Kindes:

### Schwangerschaft

Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Davon \_\_\_ Fehlgeburten \_\_\_ Totgeburten \_\_\_ Abbrüche

### Gab es darüber hinaus Schwangerschaftskomplikationen?

(z. B. körperliche/ seelische/ berufliche/ familiäre Belastungen)

\_\_\_ nein \_\_\_ ja, welche?

### Medikamenteneinnahme/ Alkohol-/ Nikotin-/ Drogenkonsum der Mutter in der Schwangerschaft?

\_\_\_ nein \_\_\_ ja, welche?

### Geburt (bitte ggf. dem gelben Vorsorgeheft entnehmen)

in der \_\_\_ Schwangerschaftswoche \_\_\_ spontan \_\_\_ Kaiserschnitt \_\_\_ Saugglocke \_\_\_ Zange

Geburtsgewicht \_\_\_ Geburtslänge \_\_\_ Kopfumfang \_\_\_ Apgar: \_\_\_/ \_\_\_/ \_\_\_ NS-pH: \_\_\_\_\_

### Gab es Geburtskomplikationen?

\_\_\_ nein \_\_\_ ja, welche?

### Auffälligkeiten im 1. Lebensjahr (mehrere Antworten möglich)

\_\_\_ wurde gestillt \_\_\_ wurde mit Fläschchen ernährt

\_\_\_ Exzessives Schreien \_\_\_ Ein-/ Durchschlafstörungen \_\_\_ Fütter-/ Gedeihstörungen

\_\_\_ Blickkontakt vermeidend \_\_\_ Körperkontakt vermeidend

\_\_\_ Auffallend störrisch durch laute Geräusche \_\_\_ Wenig Interesse an der Umwelt

## Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung

**Sprachentwicklung** \_\_ unauffällig \_\_ Aussprachefehler \_\_ geringer Wortschatz  
\_\_ verzögert \_\_ grammatikalische Auffälligkeit \_\_ Sprachverständnisschwierigkeit

**Motorik** \_\_ unauffällig \_\_ ungeschickt \_\_ verzögert \_\_ überaktiv \_\_ unsicher  
Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten      Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

**Händigkeit** \_\_ links \_\_ rechts \_\_ wechselnd

**Hand-Fingermotorik** \_\_ ungeschickt, verkrampft \_\_ wenig/ kein gestaltendes Malen/ Basteln

**Sauberkeit** \_\_ trocken am Tag seit \_\_\_\_\_ \_\_ trocken in der Nacht seit \_\_\_\_\_

## Nach Abschluss der Sauberkeitsentwicklung

\_\_ Einnässen am Tag (wann) \_\_\_\_\_ \_\_ Einnässen in der Nacht (wann) \_\_\_\_\_

\_\_ Einkoten am Tag (wann) \_\_\_\_\_ \_\_ Einkoten in der Nacht (wann) \_\_\_\_\_

**Bindungsverhalten** \_\_ Schlafen im Bett der Eltern \_\_ Schlafen im eigenen Bett  
\_\_ Trennungsprobleme von Bezugspersonen \_\_ anderes \_\_\_\_\_

## Liegen körperliche Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?

(z.B. Entwicklungsverzögerungen, chronische Erkrankungen, Hörschwäche, Sehschwäche, Krampfanfälle, Unfälle, Allergien)

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:** \_\_ nein \_\_ ja, und zwar:

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

## Bisher durchgeführte Untersuchungen:

Laboruntersuchung: \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

EKG \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

EEG \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Hörtest \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Sehtest \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Intelligenztest \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Test auf LRS \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Test auf Dyskalkulie \_\_ nein \_\_ ja, wann und wo? \_\_\_\_\_

Anmerkungen der Ärztin/Therapeutin:

**Lebens- und Wohnsituation des Kindes:**

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern:      verheiratet    zusammenlebend

friedlich    strittig                                getrennt lebend    geschieden    verwitwet

Sorgerecht:    beide Eltern    Mutter alleine    Vater alleine

Andere: \_\_\_\_\_

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

Das Kind bzw. der/die Jugendliche lebt bei:

beiden Eltern      Mutter      Vater      Pflegeeltern      Adoptiveltern

Sonstige: \_\_\_\_\_ Wohngruppe: \_\_\_\_\_

Im gleichen Haushalt leben \_\_\_\_\_

**Besondere biographische Ereignisse:**

**Kindergarten- bzw. Schulbesuch, Ausbildung:**

Tagesmutter       Krippe       Kindergarten       Integrationskindergarten

andere: \_\_\_\_\_

Besuch im Alter von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahren

Soziale Situation       gut integriert       gerne im Rollenspiel mit anderen Kindern

unter Gleichaltrigen wenig Freunde       im Kindergarten/ in der Schule isoliert

spielt eher mit:  Gleichaltrigen       Jüngeren       Älteren       Erwachsenen

Verhaltensauffälligkeiten in der Kita: \_\_\_\_\_

**Welche Schulform besucht das Kind zurzeit?** \_\_\_\_\_ Klasse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name und Ort der Schule

Schulbesuch:  altersgerecht       zurückgestellt       regelmäßig       unregelmäßig

wiederholt       abgebrochen       suspendiert       übersprungen

In der Schule bestehen folgende Probleme:

**Ist ihr Kind in einer beruflichen Ausbildung? Erfolgt eine berufsfördernde Maßnahme (BVJ o.ä.)?**

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Vor- und Mitbehandler:**

Kinderarzt/-Ärztin: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Kinder- & Jugendpsychiater:In: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Logopädie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Physiotherapie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Gab es bereits stationäre oder tagesklinische Behandlungen?**

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Wurde ein Förderbedarf festgestellt?**

\_\_ nein \_\_ ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Das Kind hat \_\_ Frühförderung \_\_ Logopädie \_\_ Ergotherapie \_\_ Physiotherapie erhalten

**Wurde ein Grad der Behinderung (GdB) anerkannt?** \_\_ nein \_\_ ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Wurde ein Pflegegrad bewilligt?** \_\_ nein \_\_ ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Besteht Kontakt zum Allgemeinen Sozialen Dienst (Jugendamt/Fachdienst Jugend)?**

\_\_ nein \_\_ ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Unterstützungsmaßnahme durch den Allgemeinen Sozialen Dienst?**

(z.B. Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Tagesgruppe)

\_\_ nein \_\_ ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind Hobbies oder besondere Vorlieben? Womit verbringt es seine Freizeit?**

Tägliche Bildschirmzeit/ Regeln zur Mediennutzung:

---

**Gibt es gemeinsame Aktivitäten in der Familie?**

**Was mögen Sie an Ihrem Kind am meisten?**

**Welche Stärken hat ihr Kind?**

**Nennen Sie bitte ihr Anliegen an uns**

Der Bogen wurde ausgefüllt

am \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

Wir weisen darauf hin, dass per E-Mail versendete Inhalte vergleichsweise so ungeschützt wie die einer Postkarte sind. Vorbefunde, Anamnesebogen und Behandlungsvertrag können sie uns gerne per Post oder auf dem persönlichen Wege zukommen lassen.