

## ANAMNESEFRAGEBOGEN

### KIND / JUGENDLICHER

Vor- und Nachname des Kindes:

Geschlecht

männlich     weiblich

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschwisterzahl

Einzelkind

Kind lebt bei

Leiblichen Eltern

Pflegeeltern

Leiblicher Mutter

Wohngruppe

Leiblichem Vater

\_\_\_\_\_

Aktuelle Schulart (Grundschule, Realschule, etc.):

Name und Anschrift der Schule:

Klasse:

KlassenlehrerIn:

Tel.:

Vorstellungsdatum: \_\_\_\_\_ Termin bei: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt am: \_\_\_\_\_ von: Mutter  Vater  andere  \_\_\_\_\_

### VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

Vorstellung veranlasst durch:

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Seit wann bestehen die Probleme?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

<b>KONTAKTDATEN</b>		
	<b>Leibliche Mutter</b>	<b>Leiblicher Vater</b>
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Handy		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Schulabschluss		
Ausbildungsabschluss		
Berufstätig als		
Arbeitsumfang		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>LEBENSITUATION DER ELTERN</b>		
<input type="checkbox"/> zusammen lebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____		<input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation: _____
<b>GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE</b>		
	<b>Lebenspartner/in der Mutter</b>	<b>Lebenspartner/in des Vaters</b>
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		
Zusammenlebend seit		
Schulabschluss		
Ausbildungsabschluss		
Berufstätig als		
Arbeitsumfang		

## UMGANGSREGELUNG (BEI GETRENNT LEBENDEN ELTERNPAAREN)

- Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil.  
Wie häufig?
- Es besteht **kein** Kontakt mit dem leiblichen Vater / der leiblichen Mutter.  
Seit wann und warum?

### Umgangsregelung entstanden durch

- Eltern untereinander / einvernehmlich       Beratungsstelle       Jugendamt
- Gericht       \_\_\_\_\_

### Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?

- sehr zufrieden       zufrieden       unzufrieden

Geschwister	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
Halbgeschwister Stiefgeschwister					
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
Ausbildung / Beruf					
Gibt es Probleme, Auf- fälligkeiten, oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?					
Lebt mit dem Kind/Jugend- lichen im gleichen Haus- halt (ja/nein)					

**BISHERIGE LÖSUNGSVERSUCHE / BEHANDLUNGEN**

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

**Vorbehandlungen**

(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation)

<b>Alter</b> (bei Beginn)	<b>Art der Behandlung</b> (Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/ Arzt bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)	<b>Dauer</b> (Monate und Häufigkeit/ Anzahl der Kontakte)

Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

nein     ja

Wenn ja, welches Jugendamt ist aktuell zuständig?

Tübingen     Reutlingen     \_\_\_\_\_

Zuständiger Mitarbeiter:

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Art, Dauer und Umfang der Hilfen durch das Jugendamt (Bsp.: Familienhilfe, seit 2014, 8h/Woche):

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES	
<b>VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT</b>	Wievielte Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> ___
	Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle, Trennung, Umzug, etc.):
	Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.):
	Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen):
<b>GEBURT</b>	Schwangerschaftswoche der Entbindung:
	Alter der Mutter bei Geburt:
	Verlauf / Komplikationen während der Geburt:
	Geburtsgewicht: <input type="text"/> Körpergröße: <input type="text"/> APGAR: <input type="text"/> Kopfumfang: <input type="text"/>
<b>VERLAUF NACH DER GEBURT</b>	Komplikationen nach der Geburt:
	Wurde ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lebensmonat

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG
Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.):
<b>Motorische Entwicklung des Kindes</b>

<b>ALTER IN MONATEN</b>	Alleine sitzen	Alleine stehen	Frei laufen
	<b>Sprachliche Entwicklung des Kindes</b>		
	Erste Worte sprechen	Einfache Sätze bilden	
	<b>Sauberkeitsentwicklung des Kindes</b>		
	Trocken / sauber tagsüber	Trocken / sauber nachts	Rückfälle

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen?

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

- normal / gleich schnell entwickelt     
 langsamer entwickelt     
 rascher entwickelt

### KINDERGARTENZEIT

Besucht / besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter:   Jahre   Monate

nein, weil:

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (Trennungsängstlichkeit)?

nein       ja, welche:

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern zurecht?

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den ErzieherInnen zurecht?

Gibt / gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

nein       ja, welche:

Wie gerne geht / ging Ihr Kind in den Kindergarten?

sehr gerne       gerne       mittel       nicht so gerne       sehr ungern

Gab es einen Kindergartenwechsel?

nein       ja, wann (Jahr; Alter des Kindes), warum:

### SCHULISCHE ENTWICKLUNG

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?	
Schuljahr:	Alter des Kindes: <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre <input type="text"/> <input type="text"/> Monate
Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell?	
Klasse:	Schulart:
Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:	
Kam es zu Umschulungen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann (Klassenstufe) und welche:	
Welche Schulen hat Ihr Kind bisher besucht?	
<input type="checkbox"/> Grundschulförderklasse	<input type="checkbox"/> Hauptschule
<input type="checkbox"/> Regelgrundschule	<input type="checkbox"/> Werkrealschule
<input type="checkbox"/> SBBZ L (vorm. Förderschule)	<input type="checkbox"/> Realschule
<input type="checkbox"/> SBBZ E	<input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule
<input type="checkbox"/> SBBZ G	<input type="checkbox"/> Gymnasium
<input type="checkbox"/> Sprachheilschule	<input type="checkbox"/> Andere: _____
Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?	
<input type="checkbox"/> überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> unterdurchschnittlich	
Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes:	
<input type="checkbox"/> zufrieden <input type="checkbox"/> meistens zufrieden <input type="checkbox"/> selten zufrieden <input type="checkbox"/> unzufrieden	
Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):	
Wurde bereits eine Diagnose gestellt?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche, wann:	
Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes in der Schule beschreiben?	

**BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND**

**Bitte beschreiben** (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.)

**FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG**

**Wie häufig...**

	Jeden Tag	Etwa 3 - 5 Mal pro Woche	Etwa 1 - 2 Mal pro Woche	Seltener	Nie
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach (Bsp.: Fußball, Chor, Pfadfinder, etc.):

**Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?**

	Weniger als 1 Stunde.	Etwa 1 - 2 Stunden	Etwa 3 - 4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy / Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer / Tablet / Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playstation / Wii / Konsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit elektronischen Medien (TV, PC, Tablet, Handy, etc.)

Montag bis Freitag:   Stunden

Wochenende:   Stunden

**KRANKHEITEN UND ALLERGIEN**



Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?

Chronische Erkrankungen

Asthma, seit: \_\_\_\_\_

Medikation: \_\_\_\_\_

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

Medikation: \_\_\_\_\_

Allergien

Gegen Medikamente: \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel: \_\_\_\_\_

Gräser / Bäume: \_\_\_\_\_

Tierhaare: \_\_\_\_\_

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

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich?

Am Tag:

In der Nacht:

Hat Ihr Kind Einschlafschwierigkeiten?

nein

ja, welche:

Wacht Ihr Kind häufig nachts auf?

nein

ja, wie oft:

### ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER FAMILIE

	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Opa (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Sonstige Verwandte
Welche körperlichen/ psychischen Erkrankungen gibt es in der Familie?					

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen oder länger?

nein

ja

Sollte für Ihr Kind ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt in unserer Klinik vorgesehen sein, bitten wir Sie, vor der Aufnahme mit Ihrem Kinderarzt den Impfpass durchzusehen. Sollten aktuell Impfungen anstehen, lassen Sie diese umgehend vornehmen.  
Bringen Sie den Impfpass zur Aufnahme bitte mit.

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

nein     ja, welche: