

Anamnesebogen

Datum:

I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name und Vorname des Kindes Geburtsdatum Geschlecht

Anschrift

Krankenversicherung Staatsangehörigkeit

II. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

1. MUTTER

leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon-/Mobilnummer E-Mail-Adresse

Beruf

Chronische Erkrankungen

2. VATER

leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon-/Mobilnummer E-Mail-Adresse

Beruf

Chronische Erkrankungen

Sorgerecht: Gemeinsames Sorgerecht Alleiniges Sorgerecht bei:

Eltern leben: zusammen getrennt geschieden

Kind lebt bei: beiden Eltern Mutter Vater

Sonstiges:

III. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Vormund Wohngruppe Kinder-/Jugendnotdienst Sonstiges:

.....
Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten

.....
Anschrift

.....
Telefon-/Mobilnummer Emailadresse

.....
Seit wann

IV. Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)

(führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum	Erkrankungen
--------------------------	--------------	--------------

1.

2.

3.

4.

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt?

V. Vorgeschichte

1. Geburt

a) Alter der Mutter bei Geburt: Jahre

b) Schwangerschaftskomplikation: nein ja, welche:

c) Geburtsmodus:

Spontangeburt Not-Kaiserschnitt, wegen

Geplanter Kaiserschnitt Zangengeburt

Saugglocke (VE)

Die nächsten Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

d) Geburtsgewicht: Geburtslänge: Kopfumfang:

e) Geburt in Schwangerschaftswoche:

f) Apgar-Werte:/...../.....

g) Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt

nein ja, beim Kind:

ja, bei der Mutter:

h) Krankenhausaufenthalt des Kindes nach der Geburt (z.B. Neonatologie / Intensivstation)

.....
.....

2. Entwicklung im Kleinkindalter

a) Meilensteine der Entwicklung

Freies Sitzen mit Monaten

Laufen mit Monaten

Erste Worte mit Monaten

Erste Sätze mit Monaten

Tags trocken mit Monaten

Nachts trocken mit Monaten

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

nein ja, diese:

.....
.....

3. Vorschulische Entwicklung

a) Besuch Kindergarten: nein ja

b) Besonderheiten:

.....

4. Schulische Entwicklung

a) Wann und in welche Schule wurde Ihr Kind eingeschult?

.....

b) Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

.....

c) Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum?

.....

e) Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernschwächen)?

.....

5. Schwerwiegende Ereignisse

Gab oder gibt es schwerwiegende / belastende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld?

nein ja, folgende:

.....

VI. Körperliche Gesundheit

1) Vorerkrankungen Ihres Kindes:

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

2) Werden dauerhaft Medikamente eingenommen?

Medikament	Dosierung	Verschreibungsgrund	Seit wann
.....
.....
.....
.....
.....

2) Durchgemachte Kinderkrankheiten:

- | | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber |
| <input type="checkbox"/> 3-Tage-Fieber | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Keuchhusten | |

3) Wurde Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus behandelt? nein ja, wegen:

Krankenhaus	Alter	Grund der Behandlung
.....
.....
.....
.....

4) Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Operation durchgeführt? nein ja, folgende:

.....
.....

5) Liegen Allergien vor?

.....
.....

6) Hat Ihr Kind bisher Impfungen erhalten?

nein ja

Bemerkungen:

VII. Therapien/ Vorbehandlungen (auch zurückliegende, dann bitte mit Angabe)

Logopädie: nein ja

Grund:

Ergotherapie: nein ja

Grund:

Physiotherapie: nein ja

Grund:

Frühförderung: nein ja

Grund:

SPZ-Anbindung: nein ja

Grund:

Integrativkind: nein ja

Grund:

Ambulante Psychotherapie / Psychologische Anbindung: nein ja,

Grund:

Teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen:

nein ja

Grund:

Derzeit in Behandlung bei (z.B. Spezialsprechstunden / andere Fachärzte / Psychologe / Osteopathie...):

.....
.....

Mit untenstehender Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass o.g. Angaben korrekt sind.

Bei gemeinsamem Sorgerecht: Hiermit versichere ich, dass ich die Einwilligung in die ambulante Behandlung unseres Kindes mit Einverständnis des nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils erkläre und dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

.....
Ort / Datum

.....
Unterschrift der Mutter / des Vaters

.....
Name in Druckbuchstaben

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben und werden diese vertraulich behandeln.