

Anamnesebogen

Stammdaten

Patient*in

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Mutter (☐ Sorgerecht)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Beruf: _____

Vater (☐ Sorgerecht)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Beruf: _____

Vormund / Ergänzungspflegschaft mit Angabe der Teilsorgebereiche

Name und Adresse: _____

Telefon / E-Mail: _____

Aktueller Lebensort**Zuständige Kita, Schule, Ausbildung, Maßnahme**

Name und Adresse: _____

Telefon: _____

Kinderärzt*in

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Ambulante Psychotherapie

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Jugendamt (Bezirk) _____

Name Sozialarbeiter*in: _____

Telefon/ E-Mail: _____

Aktuelle ambulante Hilfe (Einzelfallhilfe, Familienhilfe, Familientherapie)



Angaben über die Familie

1. Gibt es Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister?

Vor- Zuname und	Geburtsdatum	Schulart und Klasse/ Ausbildung	körperliche und oder psychiatrische Erkrankungen	leiblich?

Schwangerschaft

2. Angaben zur Mutter:

Alter zum Zeitpunkt der Entbindung: ____ Die wievielte Schwangerschaft war es? ____

In der wievielten Schwangerschaftswoche wurde die Schwangerschaft bemerkt? ____ SSW

☐ keine Angabe möglich

3. Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

☐ nein

☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____

4. Fielen in die Schwangerschaft Erkrankungen, Unfälle, Operationen, medizinische Behandlungen oder auch seelische Belastungen?

☐ nein

☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____

5. Hat die werdende Mutter während der Schwangerschaft...

Zigaretten geraucht? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wie viele pro Tag? _____

Medikamente genommen? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____

☐ keine Angaben möglich

Alkohol getrunken? ☐ nein ☐ ja

Wie viel pro Tag / Woche / Monat? _____

Drogen konsumiert? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, welche? _____



EVANGELISCHES KRANKENHAUS
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

Geburt

6. Entbindung: ☐ termingerecht ☐ ____ Tage/Wochen zu früh ☐ ____ Tage/Wochen zu spät

Geburtsgewicht: ____ g Größe: ____ cm Apgar-Werte: ____ Kopfumfang: ____ cm

7. Traten während / nach der Geburt Komplikationen auf?

☐ nein ☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____

8. Gab es Probleme bei der Nahrungsaufnahme im Säuglingsalter?

☐ nein ☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____

Kindliche Entwicklung

9. Traten im 1. Lebensjahr Ihres Kindes Komplikationen auf?

☐ nein ☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____

10. Entwicklungsschritte

Gab es Besonderheiten in der Entwicklung? (bezüglich Laufen, Schlafen, Sprechen, Sauberkeit)

Wuchs Ihr Kind mehrsprachig auf? ☐ nein ☐ ja, mit folgenden Sprachen: _____

Welche Sprache wird überwiegend zu Hause gesprochen? _____

11. Traten in der Kindheit schwere Krankheiten / Unfälle auf? Welche Kinderkrankheiten traten auf?

☐ nein ☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____

12. Gibt es chronische Krankheiten oder Allergien?

☐ nein ☐ keine Angabe möglich

☐ ja, welche: _____



Kindergarten

13. Geht / ging Ihr Kind regelmäßig in den Kindergarten?

- ☐ ja, ab welchem Alter? _____ ☐ keine Angaben möglich
☐ nein, weil: _____

14. Traten während der Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf?

- ☐ nein ☐ keine Angabe möglich
☐ ja, welche: _____

15. Hat / hatte Ihr Kind einen Integrationsstatus?

- ☐ nein ☐ keine Angabe möglich
☐ ja, ab _____ einen einfachen / erweiterten I-Status

Schule

16. Wann erfolgte die Einschulung Ihres Kindes?

- ☐ zeitgerecht am _____ ☐ zurückgestellt bis _____
☐ noch nicht schulpflichtig ☐ keine Angaben möglich

17. Ihr Kind befindet sich jetzt in der...

- ☐ _____ Klasse im _____ Schulbesuchsjahr
☐ Grundschule ☐ Sekundarschule ☐ Gymnasium ☐ Schulprojekt
☐ Förderschule mit Schwerpunkt _____

Name und Adresse der Schule: _____

Name der Klassenlehrkraft: _____

18. Wurde Ihrem Kind ein sonderpädagogischer Förderbedarf zuerkannt?

- ☐ nein ☐ keine Angabe möglich
☐ ja, in folgendem Bereich: _____

19. Traten Schulschwierigkeiten auf?

- ☐ nein ☐ keine Angabe möglich
☐ ja, welche: _____



EVANGELISCHES KRANKENHAUS
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

Familie

20. Wie ist das Verhältnis zwischen den Geschwistern?

21. Wie sind die Wohnverhältnisse? Zimmerzahl _____ ☐ eigenes Zimmer

22. Wie oft ist ihr Kind umgezogen? _____ mal

23. Sind körperliche und / oder psychische Erkrankungen diagnostiziert?

Leibliche Mutter: _____

Wurde die leibliche Mutter deshalb bereits behandelt? ☐ nein ☐ ja

Leiblicher Vater: _____

Wurde der leibliche Vater deshalb bereits behandelt? ☐ nein ☐ ja

Weitere Familienmitglieder: _____

Wurde dieses Familienmitglied deshalb bereits behandelt? ☐ nein ☐ ja

Freizeitverhalten

24. Womit verbringt Ihr Kind am liebsten seine Freizeit?

Untersuchungen / Vorbehandler

25. In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt / untersucht?

Anschrift der Klinik	von-bis	Weshalb?

26. Wo haben Sie Ihr Kind noch zur Untersuchung vorgestellt?



27. Welche medizinischen Behandlungen gibt es aktuell?

Wie heißt die Kinderärztin / der Kinderarzt Ihres Kindes?

Die letzte Behandlung war:

☐ Vorsorgeuntersuchung

☐ Anderes: _____

Wie heißt die Zahnärztin / der Zahnarzt Ihres Kindes?

Die letzte Behandlung war:

☐ Vorsorgeuntersuchung

☐ Anderes: _____

Wie heißt die Augenärztin / der Augenarzt Ihres Kindes?

Die letzte Behandlung war:

☐ Vorsorgeuntersuchung

☐ Anderes: _____

Wie heißt die HNO-Ärztin / der HNO-Arzt Ihres Kindes?

Die letzte Behandlung war:

☐ Vorsorgeuntersuchung

☐ Anderes: _____

Wie heißt die Gynäkologin / der Gynäkologe Ihrer Tochter?

Die letzte Behandlung war:

☐ Vorsorgeuntersuchung

☐ Anderes: _____

28. Geht / ging Ihr Kind zu einer Ergotherapie?

☐ nein

☐ ja, wann und wo? _____

29. Geht / ging Ihr Kind zu einer Logopädie?

☐ nein

☐ ja, wann und wo? _____

30. Geht / ging Ihr Kind zu einer ambulanten Psychotherapie?

☐ nein

☐ ja, wann und wo? _____

31. Geht / ging Ihr Kind zu einer ambulanten psychiatrischen Behandlung?

☐ nein

☐ ja, wann und wo? _____

30. Welche Medikamente nahm oder nimmt Ihr Kind regelmäßig ein? Wer hat die Medikamente verordnet?

Name Medikament	Dosierung	von - bis -	Verordnender Arzt

31. Hat Ihr Kind einen Pflegegrad? ☐ nein ☐ ja, Pflegegrad _____

32. Hat Ihr Kind einen Schwerbehindertenausweis? ☐ nein
☐ ja, mit _____ % Grad der Behinderung Merkzeichen: _____

Jugendamtshilfen / Eingliederungshilfe

33. Hatten oder haben Sie Kontakt zum Jugendamt? ☐ ja ☐ nein

Zuständige(r) Mitarbeiter*in (mit Telefonnummer & E-Mail)

34. Haben oder Hatten Sie Kontakt zum Teilhabefachdienst? ☐ ja ☐ nein

Zuständige(r) Mitarbeiter*in (mit Telefonnummer & E-Mail)

35. Welche Hilfen wurden gewährt bzw. sind aktuell?

Hilfeform	von-bis

36. Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

☐ von der Mutter ☐ vom Vater ☐ von beiden Eltern
☐ von anderen Personen: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____