

Anamnesebogen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Angaben zur/zum Patientin/Patienten		Angaben zur/zum Sorgeberechtigten sowie Hauptversicherten	
Name der/des Patientin/ -en		Name Sorgeberech- tigte/-r	
Vorname der/des Patientin/ -en		Vorname Sorge- berechtigt/-r	
Geburtsdatum (Kind)		Telefon- Nummer	
Straße und Hausnummer		Handy-Nummer	
PLZ und Ort		E-Mail	
Kinderarzt		Haupt- versicherte/-r	
Heutiges Datum		Geburtsdatum (Haupt- versicherte/-r)	

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

schön, dass wir Sie demnächst in unserer Praxis begrüßen dürfen. Wir würden uns freuen, wenn Sie die folgenden Fragen, soweit es für Sie möglich ist, zu beantworten und den Fragebogen dann entweder vor Ihrem ersten Termin an uns zurücksenden (per E-Mail oder mit der Post) oder zum ersten Termin mitbringen. Vielen Dank!

Bitte markieren Sie Fragen, die Sie mit der Ärztin gerne ausführlicher besprechen möchten!

<p>Eigenanamnese: In diesem Teil möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes zu nennen.</p> <p>Angaben zur Schwangerschaft: <i>Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen.</i></p> <p>1 Verlauf: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig, wenn ja welche Auffälligkeiten?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Geburt:</p> <p>2. In welcher Schwangerschaftswoche: _____ 3. Gab es Komplikationen/Besonderheiten bei der Geburt?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>4. Gewicht: _____ g Länge: _____ cm APGAR: _____ Punkte Kopfumfang: _____ cm</p> <p><i>Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft.</i></p>
<p>Neugeborenenperiode:</p> <p>5. Gab es Auffälligkeiten/Besonderheiten in den ersten Lebenswochen und -monaten Ihres Kindes?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

Kleinkindperiode:

6. Gab es Besonderheiten in der motorischen und/oder sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes und/oder in der Sauberkeitsentwicklung?

Krabbelgruppe / Kindergarten:

7. Hat Ihr Kind eine/n Tagesmutter/-vater und/oder einen Kindergarten besucht und gab es Besonderheiten während dieser Zeit?

Schullaufbahn:

8. Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant? _____

9. In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt? _____

10. Besucht Ihr Kind einen offenen Ganztag? nein ja

11. Gibt es Schulprobleme? nein ja, welche? _____

12. Welche Schulen wurden bisher besucht?

13. Liegt bereits ein Schulabschluss vor? nein ja, welcher?

Freizeitbeschäftigung:

14. Welche Interessen/Hobbies hat Ihr Kind? _____

Gesundheitszustand:

15. Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? _____
16. Gibt es sonstige Krankheiten/Operationen? _____

17. Wann fand die letzte ärztliche Untersuchung der **Augen** statt? _____
Mit welchem Ergebnis? _____
18. Wann fand die letzte ärztliche Untersuchung der **Ohren** statt? _____
Mit welchem Ergebnis? _____
19. Sind Allergien bekannt? nein ja, welche? _____

20. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen? _____

21. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall? nein ja
22. Gab es bisher schon Therapien? (z.B. Ergo-, Logo- oder Physiotherapie, ambulante Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, stationärer Aufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung)
 nein ja, welche? _____

Familienanamnese:

Mutter:

23. Name: _____
24. Vorname: _____
25. Geburtsdatum: _____
26. Alter: _____
27. Adresse, Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail-Adresse:

28. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit):

29. Besonderes zur Familie:

Vater:

30. Name: _____
31. Vorname: _____
32. Geburtsdatum: _____
33. Alter: _____
34. Adresse, Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail-Adresse:

35. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit):

36. Besonderes zur Familie:

4. Hat das Kind noch weitere wichtige Bezugspersonen?

Geschwister des Kindes: auch Angaben zu Stief- oder Halbgeschwistern

5. Name:

6. Alter:

7. Schule:

8. Gibt es Besonderheiten bei den Geschwistern des Kindes?

nein ja, welche?

9. Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt? nein ja, wie?
(Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe, Einzelfallhelfer)

Sorgerecht:

10. Wer ist sorgeberechtigt?

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Sonstige: _____

Gibt es Bereiche des Sorgerechts, die ausgelagert sind? nein ja, welche? _____

Jugendamt, Name, Adresse, Tel.-Nr.: _____

Adresse Sorgeberechtigte/r (falls abweichend):

11. Ist Ihr Kind zurzeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

nein ja, wo?

45. Was wäre ein gutes Ergebnis der Behandlung? Was sind Ihre Vorstellungen?

Abschließende Erklärung:

Ohne die unterschriebene untenstehende Erklärung dürfen wir diesen Bogen nicht zur Anamnese und Diagnostik sowie ggf. Behandlung nutzen. Ihre Unterschrift bzw. Unterschriften (bei mehreren Sorgeberechtigten) ist bzw. sind daher unbedingt notwendig.

Ich bin / Wir sind _____
(Vorname und Name des Sorgeberechtigten bzw. Vornamen und Namen der Sorgeberechtigten)

mit der Verwendung des Anamnesebogens für eine weitergehende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes in der KJP-Praxis Hürth einverstanden.

Hürth, den _____
Unterschrift(en)

Nur von den Sorgeberechtigten auszufüllen:

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigte/r den Anamnesebogen unterschreibt, muss diese Zusatzklärung unterschrieben werden:

Ich _____ versichere, dass alle Sorgeberechtigten
(Vorname und Name)

über die Inhalte des Anamnesebogens und dessen Verwendung in der KJP-Praxis Hürth informiert und damit einverstanden sind.

Hürth, den _____
Unterschrift

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.