

Anamnesebogen

Angaben zum Kind

Name, Vorname

Anschrift:

Geburtsdatum: Alter Geburtsort :

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Gesetzliche*r Vertreter*in: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater

☐

Einverständniserklärung aller
Sorgeberechtigten liegt vor: ☐ ja ☐ nein ☐

Krankenversicherung: ☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert
versichert über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Selbstversichert
Name der Versicherung:
Versicherungsnummer:

Terminabsprachen: per sms: ☐ ja ☐ nein per E-Mail: ☐ ja ☐ nein

Name und Anschrift des
Kinder-/ Hausarzt:

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind ganz besonders?
.....
.....
.....

Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes (Probleme und Schwierigkeiten)

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

Wer oder was gab den entscheidenden Anstoß für die Vorstellung des Kindes?

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

Nennen Sie bitte die **3 Hauptbeschwerden** des Kindes bzw. der/des Jugendlichen.

1.

2.

3.

Verhaltens- und Persönlichkeitseinschätzung (Bitte Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ☐ spricht nicht | ☐ redet übermäßig viel | ☐ stottert/stammelt/poltert | ☐ betont eigenartig |
| ☐ langsam | ☐ kann nicht stillsitzen | ☐ hört nicht zu | ☐ vergesslich |
| ☐ verträumt | ☐ kann nicht planen | ☐ unordentlich | |
| ☐ prokrastiniert/schiebt auf | | ☐ überschätzt sich | ☐ leicht reizbar |
| ☐ gerät schnell in Wut | ☐ rücksichtslos | ☐ neigt zu Gewalt | ☐ furchtlos |
| ☐ dominant | ☐ impulsiv | ☐ wenig ausdauernd | ☐ risikofreudig |
| ☐ kann nicht verlieren | ☐ diskutiert übermäßig | ☐ hält sich nicht an Absprachen | |
| ☐ lügt | ☐ klaut zu Hause | ☐ klaut woanders | ☐ zündelt |
| ☐ zeigt sexuell auffälliges Verhalten | | ☐ streitet/rivalisiert mit Geschwistern | |
| ☐ unsicher/ schüchtern | ☐ gehemmt | ☐ übervorsichtig | ☐ ängstlich |
| ☐ vertrauensselig | ☐ lässt sich ausnutzen | ☐ neigt zum Erröten | ☐ empfindlich |
| ☐ weinerlich | ☐ innerlich unruhig | ☐ angespannt | ☐ besorgt |
| ☐ offen/kontaktfreudig | ☐ selbstständig | ☐ wenig selbstständig | ☐ leicht entmutigt |
| ☐ meist fröhlich | ☐ gereizt | ☐ niedergeschlagen | ☐ traurig |
| ☐ freudlos | ☐ antriebslos/lustlos | ☐ hoffnungslos | |
| ☐ Gefühlsschwankungen | ☐ zweifelt an sich | ☐ wertet sich selbst ab | ☐ schreckhaft |
| ☐ resigniert | ☐ verletzt sich selbst | ☐ selbstmorggefährdet | |
| ☐ zeigt kaum Gefühle | ☐ hört Stimmen | ☐ sieht Dinge | |
| ☐ Unwirklichkeitsgefühle | ☐ läuft weg | ☐ kommt von bestimmten Gedanken nicht los | |
| ☐ muss bestimmte Handlungen immerzu wiederholen (z.B. zählen, kontrollieren, ordnen, waschen) | | | |
| ☐ perfektionistisch | ☐ leistungsorientiert | ☐ unwillkürlich Geräusche/ | ☐ Bewegungen |
| ☐ kompromisslos | ☐ ehrgeizig | ☐ einfallsreich, viele Ideen | ☐ eigenwillig |
| ☐ aufdringlich | ☐ kränklich/zart | ☐ braucht viel Hilfe | ☐ ist spontan |
| ☐ braucht Routinen | ☐ lieber für sich allein | ☐ sucht viel Zuwendung | ☐ harmoniebedürftig |
| ☐ zeigt hohes Autonomiebedürfnis | | | |

Körperlich

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Schwindel | ☐ Verdauungsbeschwerden | ☐ Ermüdbarkeit |
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ Herzklopfen | ☐ Atemnot | ☐ zittern |
| ☐ Muskelanspannung | ☐ Mundtrockenheit | ☐ häufiges Wasserlassen | ☐ Kloß im Hals |
| ☐ Hitze-/Kälteschauer | ☐ starkes Schwitzen | ☐ Appetitlosigkeit | ☐ Erbrechen |
| ☐ Gewichtszunahme | ☐ Gewichtsabnahme | ☐ Übergewicht | ☐ Untergewicht |
| ☐ Einschlafstörung | ☐ Durchschlafstörung | ☐ vermehrter Schlaf | ☐ Alpträume |
| ☐ morgendliches Früherwachen | | ☐ Nägelkauen | ☐ Haare reißen |
| ☐ Kopfwerten | ☐ Hände wedeln | ☐ nässt noch ein | ☐ kotet noch ein |
| ☐ medienabhängig | ☐ raucht | ☐ trinkt Alkohol | ☐ nimmt Drogen |

Typische Gedanken und Aussagen...

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☐ Ich bin unfähig. | ☐ Ich weiß nicht, was ich will | ☐ Ich bin nichts wert. | ☐ Ich bin dumm. |
| ☐ Niemand hilft mir. | ☐ Ich traue mir nichts zu. | ☐ Alle anderen sind besser. | |
| ☐ Ich sehe schwarz. | ☐ Ich schäme mich. | ☐ Alle lachen über mich. | |
| ☐ Ich verliere die Kontrolle. | ☐ Ich grübele viel. | ☐ Ich halte das nicht aus. | |
| ☐ Es hat alles keinen Sinn mehr | | ☐ Ich denke nur an Probleme. | |
-

Wann ist das beschriebene Verhalten erstmals aufgetreten? Auslöser?

.....

.....

Entwicklung des Problems / der Beschwerden?

.....

.....

.....

Wo und wie häufig zeigt sich das Problemverhalten?

Familie ☐ Freizeit ☐ Freunde ☐ Schule ☐

.....

Gab es besondere Ereignisse beim Erstauftreten des Problems (Verlust, Trennung, Umzug, Unfall...)?

.....

.....

Zu welchen Veränderungen (Verbesserungen / Verschlechterungen kam es im Verlauf?

- | | |
|--|---|
| ☐ Reduktion des Freizeitverhaltens | ☐ Reduktion des schulischen Lernverhaltens |
| ☐ schulische Leistungsver schlechterung | ☐ Rückzug aus sozialen Kontakten |
| ☐ Vermeidungsverhalten | |
-
-

Was haben Sie bisher unternommen, um das Problem zu bewältigen?

.....

.....

.....

Vorbehandlungen

*Welche **ambulant** Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen?*

Behandlung	Bei wem?	Zeitraum
☐ Ergotherapie		
☐ Logopädie		
☐ Frühförderung		
☐ SPZ		
☐ Erziehungsberatungsstelle		
☐ Schulpsychologe		
☐ Psychotherapie		
☐ Kinder- & Jugendpsychiater		
☐ Andere:		

Gab es (teil-) stationäre Vorbehandlungen? ☐ nein ☐ ja, (Wann? Wo? Diagnose?)

Wurden mit Ihrem Kind bereits **psychologische Tests** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Würden Sie zustimmen, dass die Unterlagen angefordert werden? ☐ ja ☐ nein

Beschreiben Sie bitte...

...eine **typische Situation** auf, in denen die Probleme des Kindes auftreten (bspw. bei der Aufforderung zum Zubettgehen beginnt der Wutanfall).

...eine Situation, in welcher das **Problemverhalten besonders heftig** auftritt.

Skizzieren Sie bitte einen typischen Tagesablauf

	Kita-/Schul-/Arbeitstag	Wochenende
früher		
6Uhr		
7Uhr		
8Uhr		
9Uhr		
10Uhr		
11Uhr		
12Uhr		
13Uhr		
14Uhr		
15Uhr		
15Uhr		
17Uhr		
18Uhr		
19Uhr		
20Uhr		
21Uhr		
22Uhr		
23Uhr		
später		

Aktuelle Wohnsituation

Mit welchen Personen lebt das Kind / Jugendliche zusammen?

Wo lebt das Kind bzw. der/die Jugendliche?

☐ Eigenheim ☐ ...-Raumwohnung ☐
☐ zentral ☐ Stadtrand ☐ Dorf

Hat das Kind ein **eigenes Zimmer**?

☐ ja

☐ nein, teilt es sich mit

Gab es **Umzüge** in der Vergangenheit?

☐ ja

☐ nein

Wann/Wohin?

.....

Das **Familieneinkommen** ist:

☐ eben ausreichend ☐ ausreichend ☐ gut ☐ reichlich

Angaben zur Familie

Bezugspersonen

	leibliche Mutter	leiblicher Vater	Stief-/Pflegemutter	Stief-/Pflegevater
Name				
Geburtsdatum				
Alter				
Anschrift (wenn vom Kind abweichend)				
Telefonnummer				
Ehe / Lebensge- meinschaft seit				
Trennung / Scheidung am				
Schulabschluss				
derzeitige Tätigkeit	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtarbeit ☐ arbeitssuchend ☐ Umschulung ☐ Rentner	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtarbeit ☐ arbeitssuchend ☐ Umschulung ☐ Rentner	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtarbeit ☐ arbeitssuchend ☐ Umschulung ☐ Rentner	☐ Vollzeit ☐ Teilzeit ☐ Schichtarbeit ☐ arbeitssuchend ☐ Umschulung ☐ Rentner
Erkrankungen (körperl., chron. psychisch)				
Anzahl Kinder				
charakteristische Eigenschaften				
Welche Gemein- samkeiten haben Sie mir dem Kind?				

Familienanamnese

Familienbeziehungen

Wie würden Sie die verschiedenen **Familienbeziehungen** beschreiben?

(Pflege-)Mutter – Kind/Jugendliche	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
(Pflege-)Vater – Kind/Jugendliche	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
(Pflege-)Mutter – (Pflege-)Vater	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet

Erzählt sie/er Ihnen, wie es ihr/ihm geht? ☐ immer ☐ teilweise ☐ eher nicht

Finden gemeinsame Mahlzeiten statt? ☐ ja ☐ nein

Was unternimmt die Familie wochentags nach der Schule/Arbeit?

.....

.....

Was unternimmt die Familie am Wochenende?

.....

.....

Bestehen Schwierigkeiten/Probleme zwischen dem Kind/Jugendlichen und den Eltern? Welche?

.....

.....

Bestehen Schwierigkeiten/Probleme zwischen dem Kind/Jugendlichen und den Geschwistern? Welche?

.....

.....

Welche Regeln gibt es bei Ihnen in der Familie?

.....

.....

.....

Wie genau achten Sie darauf, dass die Regeln eingehalten werden?

(Pflege-)Mutter: ☐ ich bin konsequent ☐ ich bin eher inkonsequent ☐ mal so mal so
(Pflege-)Vater: ☐ ich bin konsequent ☐ ich bin eher inkonsequent ☐ mal so mal so

.....

Wie würden Sie die **Erziehungsstile** beschreiben?

(Pflege-)Mutter:

(Pflege-)Vater:

Welche **Erziehungsmaßnahmen** setzen Sie ein?

Belohnen mit ☐ Lob ☐ Schenken von: ☐ Spielzeug ☐ Geld ☐ Süßigkeiten
☐ gemeinsamen Unternehmungen ☐ Fernsehen

Bestrafen mit ☐ Zurechtweisung/schimpfen ☐ zur Rede stellen ☐ „links liegen lassen“
☐ Taschengeldentzug ☐ Medienverbot ☐ Hausarrest ☐ Strafarbeit
☐ ins Bett schicken ☐ ab und zu eine Ohrfeige/ Klapps auf den Po

☐ andere:

Stimmen Sie als (Pflege-)Eltern in Ihren Erziehungsmethoden überein? Welche Unterschiede gibt es?

.....

.....

Wofür loben Sie ihn/sie? Was wirkt besonders als Belohnung?

.....

.....

Wofür bestrafen Sie ihn/sie? Was wirkt bei Ihrem Kind besonders als Bestrafung?

.....

.....

Elternbeziehung

Kam es nach der Geburt zu **Veränderungen in der Partnerschaft** (Trennungen, Partnerwechsel)?

.....

.....

Beschreiben Sie die **Beziehung**, die Sie als Eltern zueinander haben...

.....

.....

.....

Wer von beiden bestimmt eher, was getan wird?

.....

.....

Welche **typischen Aufgaben** übernehmen Sie im Familienalltag?

(Pflege-)Mutter:

(Pflege-)Vater:

Welchen Einfluss hat Ihre Beziehung untereinander auf die aktuellen Beschwerden des Kindes?

.....

.....

Geschwister

	Bruder/Schwester	Bruder/Schwester	Bruder/Schwester
Name			
Geburtsdatum			
leibliches Geschwister	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Schule, Berufsausbildung/Studium, Klasse			
Freizeit/Interessen			
Wohnt noch zu Hause	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Besonderheiten			
Erkrankungen /Verhaltensprobleme			
Typische Eigenschaften			
Beziehung zu Mutter/Vater			

Welchen Einfluss hat die Beziehung zu den Geschwistern untereinander auf die aktuellen Verhaltensprobleme des Kindes / Jugendlichen?

.....

.....

Großeltern

	Großmutter (mütterlich)	Großvater (mütterlich)	Großmutter (väterlich)	Großvater (väterlich)
Alter				
Wohnort				
berufstätig?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wie häufig sehen Sie sich?				
Wie würden Sie das familiäre Verhältnis beschreiben?				

Entwicklung des Kindes / Jugendlichen

Schwangerschaft

Die Schwangerschaft war: ☐ überraschend ☐ gewollt ☐ ungewollt Zeitpunkt

Wie haben sie die Schwangerschaft erlebt? ☐ angenehm ☐ belastend ☐ ablehnend

Wie verlief die Schwangerschaft? ☐ normal / unauffällig

☐ körperliche Beschwerden: ☐ Erbrechen ☐ Blutungen ☐ vorzeitige Wehen ☐ Diabetes
☐ Bluthochdruck ☐ Infektionen ☐ Verstopfung ☐ Unfälle
☐ seelische Belastungen, Stress

Haben Sie während der Schwangerschaft:

- ☐ Medikamente eingenommen (Welche/Wie oft?)
- ☐ geraucht (..... Zigaretten / Tag)
- ☐ Alkohol konsumiert (..... Tag / Woche)
- ☐ Drogen konsumiert (Welche/ Wie oft?)

Der **wievielten Schwangerschaft** entstammt das Kind?

Gab es vorher: ☐ Fehlgeburten ☐ Totgeburten ☐ Schwangerschaftsabbrüche

Wenn ja, wann:

Entbindung/ Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt:..... Jahre **Alter des Vaters** bei der Geburt: Jahre

Wie haben sie die Geburt erlebt?

.....

Geburt: ☐ termingerecht ☐ vor/ ☐ nach Entbindungstermin, in der Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: g **Größe:** cm **Kopfumfang:** cm **APGAR:**/...../.....

☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Sauglockengeburt ☐ Zangengeburt

- Geburtskomplikationen:** ☐ Atemstillstand ☐ keine Spontanatmung ☐ Steißlage
☐ Nabelschnurumschlingung
☐

Zur Geburt festgestellte **Erkrankungen/Behinderungen/Missbildungen:**

.....

Haben Sie sich als **Mutter nach der Geburt** besonders belastet gefühlt?

- ☐ Babyblues (ungefähre Dauer von Wochen)
☐ Depression (ungefähre Dauer von Monaten)
☐ andere psychische Erkrankungen / Belastungen:

Weitere Anmerkungen zur Geburt:

.....

Frühkindliche Entwicklung

- Bestanden beim Kind **Auffälligkeiten im Säuglingsalter:** ☐ **nein** ☐ **ja:**
- | | | | |
|---|--|---|------------------------------------|
| ☐ exzessives Schreien | ☐ Ein- / Durchschlafstörungen | ☐ Reflux | ☐ Erbrechen |
| ☐ schwer zu beruhigen | ☐ Fütter-/Gedeihstörung | ☐ Körperkontakt vermeidend | |
| ☐ Blickkontakt meidend | ☐ wenig Interesse an der Umwelt | ☐ ängstliches Temperament | |
| ☐ andere: | | | |

durchgeschlafen, ab wann?

Allein geschlafen, ab wann?

Haben sie ihn/sie gestillt?

☐ **nein** ☐ **ja**, bis..... Wochen/ Monate

Hat er/sie am **Daumen gelutscht?** ☐ **ja** ☐ **nein**

Hat er/sie einen **Schnuller** genutzt? ☐ **ja** ☐ **nein**

Haben Sie eine starke **Fremdelphase** bei Ihrem Kind beobachtet? ☐ **ja** ☐ **nein**, nicht übermäßig

Wie alt war das Kind da?

Welches Verhalten hat es gezeigt?

.....

Beschreiben Sie bitte das **Verhalten** des Kindes im 1. Lebensjahr

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|---|---|----------------------------------|
| ☐ unproblematisch | ☐ schwierig | ☐ lebhaft | ☐ kontaktfreudig | ☐ unruhig |
| ☐ weint viel | ☐ ausgeglichen | ☐ „erzählt“ viel | | |

Kleinkindalter (1. – 3. Lebensjahr)

Auffälligkeiten in der Entwicklung

Sprachentwicklung

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ unauffällig | ☐ Aussprachefehler | ☐ geringer Wortschatz |
| ☐ verzögert | ☐ falscher Satzbau | ☐ Sprachverständnis-Schwierigkeiten |
| ☐ erste Worte (nicht Mama/Papa) mit Mo. | ☐ erste 3-Wort-Sätze mit Mo. | |

Motorik (Grobmotorik)

- | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ unauffällig | ☐ ungeschickt | ☐ unsicher | ☐ krabbeln mit Mo. |
| ☐ verzögert | ☐ überaktiv | ☐ wenig aktiv | ☐ laufen mit Mo. |

Händigkeit

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| ☐ rechts | ☐ links | ☐ wechselnd |
|---------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|

Hand- und Fingermotorik (Feinmotorik)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ unauffällig | ☐ ungeschickt | ☐ wenig/ kein gestaltendes Malen/Basteln |
|--------------------------------------|--------------------------------------|---|

Sauberkeitsentwicklung

Wann begonnen?

☐ Trocken ☐ am Tag seit ☐ nachts seit

☐ Sauber (Einkoten) ☐ am Tag seit ☐ nachts seit

Wie haben Sie es erreicht, dass das Kind sauber wurde?

.....
Nach dem 4. Lebensjahr ☐ Einnässen ☐ Tag ☐ Nacht
☐ Einkoten ☐ Tag ☐ Nacht

Essverhalten Das Essverhalten war...

☐ ohne Probleme ☐ kindgemäß ☐ wählerisch ☐ unselbstständig

Haben Sie eine starke **Trotzphase** bei Ihrem Kind beobachtet? ☐ **ja** ☐ **nein**, nicht übermäßig
☐ mein Kind hatte keine Trotzphase

Wie alt war das Kind da?

Welches Verhalten hat es gezeigt?

Wie haben Sie als Eltern diese Zeit erlebt?

☐ glückliche Zeit ☐ fast problemfrei ☐ erschöpfend ☐ unsicher ☐ sorgenvoll
☐ konnte es meistern ☐ würde es anders machen ☐ war oft gestresst/genervt
☐ musste vieles allein machen ☐ bekam viel Unterstützung

Welchen **Erkrankungen** traten in den ersten 3 Lebensjahren auf?

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Lungenentzündung
☐ Scharlach ☐ Windpocken ☐ Meningitis ☐ Pseudokrupp ☐ häufige Erkältungen
☐ Mittelohrentzündungen ☐ andere:

Hörschwäche ☐ **ja**, seit..... ☐ **nein** ☐ HNO- bzw. pädaudiologische Abklärung

Sehschwäche ☐ **ja**, seit..... ☐ **nein** ☐ augenärztliche Abklärung erfolgt

Krämpfe/Epilepsie ☐ **ja**, seit..... ☐ **nein** ☐ neurologische Abklärung erfolgt

Medikation:

Bindungsverhalten

☐ Trennungsprobleme von Bezugspersonen ☐ Schlafen im Bett der Eltern ☐ anderes
☐ keine Auffälligkeiten ☐ Schlafen im eigenen Bett

Hatte das Kind Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte? ☐ **nein** ☐ **ja**, Was?

..... Alter:

..... Alter:

..... Alter:

War das Kind über längere Zeiten von wichtigen Bezugspersonen getrennt? ☐ **ja** ☐ **nein**

Weshalb, wie lange und wie häufig?

.....

Tagesbetreuung/Krippe

Ist das Kind in eine Tagesmutter/Krippe gegangen? ☐ ja ☐ nein

Wie alt war es da? Monaten/ Jahren Wie lang wurde es betreut? ☐ halbtags ☐ ganztags

Gab es Schwierigkeiten/Probleme?

.....

Welche der **Eigenschaften** zeigte das Kind im Kleinkindalter (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ ängstlich | ☐ unselbstständig | ☐ spielfreudig | ☐ sucht viel Körperkontakt |
| ☐ kränklich | ☐ bewegungsarm | ☐ kontaktfreudig | ☐ eifersüchtig |
| ☐ motorisch unruhig | ☐ lebhaft | ☐ liebebedürftig | ☐ ausdauernd im Spiel |
| ☐ tollpatschig | ☐ interessiert/lernwillig | ☐ sprachgewandt | |
| ☐ fröhlich | ☐ leicht reizbar | ☐ aggressiv ggü. anderen Kindern/Erwachsenen | |

Wie verhielt/verhält sich das Kind im Kleinkindalter Erwachsenen gegenüber (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| ☐ gehemmt | ☐ unsicher | ☐ kontaktfreudig | ☐ distanzlos |
| ☐ aufsässig | ☐ zurückhaltend | ☐ folgsam | |

Wie verhält / verhielt sich das Kind im Kleinkindalter gegenüber anderen Kindern und in der Gruppe (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ kontaktfreudig | ☐ abwartend | ☐ gehemmt | ☐ ängstlich |
| ☐ aggressiv | ☐ kameradschaftlich | ☐ unterlegen | |

Welche **Verhaltensauffälligkeiten** hat das Kind im Kleinkindalter gezeigt (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| ☐ motorische Unruhe | ☐ Kopfwurfen | ☐ Schlafstörungen | ☐ Nägelkauen |
| ☐ Daumenlutschen | ☐ Trotzanfälle | ☐ Zerstörungswut | ☐ Angst im Dunkeln |
| ☐ Schlafwandeln | ☐ Autismus | ☐ Sprachstörungen | ☐ Bewegungsstörungen |

Beschreiben Sie nun bitte Angewohnheiten, Bedürfnisse, Eigenarten des Kindes bis zum 3. Lebensjahr:

.....

.....

.....

Kindergartenalter (vom 3. Bis zum 6. Lebensjahr):

Betreuung im Kindergarten/Tagesmutter ab:

Name der Einrichtung;

Ansprechpartner:

Wer war noch in die Betreuung mit einbezogen:

Wie lang wird/wurde er/sie betreut? ☐ halbtags ☐ ganztags

Ging / geht das Kind ☐ gern ☐ ungern in der Kindergarten

Was spielt(e) das Kind gern?

.....

Hat(te) es Freunde? ☐ ja ☐ nein

Gab es **Erkrankungen, Unfälle, Operationen, stationäre und/oder ambulante Behandlungen** (Frühförderung, Logo, Ergo, SPZ)?

.....

.....

Welche der folgenden **Eigenschaften** charakterisieren das Kind in dieser Zeit?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| ☐ selbstständig | ☐ braucht noch viel Hilfe | ☐ zieht sich allein an | ☐ weint schnell |
| ☐ lernt schnell | ☐ hält sich an Regeln | ☐ stellt oft Unfug an | ☐ zappelig |
| ☐ sucht Sozialkontakte | ☐ kontaktscheu | ☐ hat viele Freunde | ☐ dominant |
| ☐ spielt lieber allein | ☐ spielt eher mit Jüngeren | ☐ spielt eher mit Älteren | ☐ anhänglich |
| ☐ kann sich anpassen und einordnen | | ☐ kann nachgeben | ☐ ängstlich |
| ☐ ist eher unbeherrscht | ☐ langweilt sich oft | ☐ wechselt schnell Freunde | |
| ☐ spielt den Clown | ☐ ärgert andere Kinder | ☐ spricht kaum / nicht | ☐ redet viel |
| ☐ spielt nicht allein | ☐ ist meist fröhlich | ☐ wechselt Spiele häufig | |

Gibt es / Gab es bis zur Einschulung **Entwicklungsverzögerungen oder Probleme** (Sprache, Sozialverhalten, Motorik)?

.....

.....

Welche **Verhaltensauffälligkeiten** gab es vor der Einschulung?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Einnässen | ☐ Einkoten | ☐ Essstörungen | ☐ Nachtschreck |
| ☐ Schlafwandeln | ☐ häufige Bauchschmerzen | ☐ Sprachstörungen | ☐ Bewegungsstörungen |
| ☐ Minderbegabung | ☐ Hyperaktivität/Unruhe | ☐ Anfälle | ☐ Ängste |
| ☐ Tic-störungen | ☐ Kopfwurfen | ☐ Hände wedeln | ☐ Mutismus |
| ☐ Autismus | ☐ Minderwuchs | ☐ Nägelkauen | ☐ Entwicklungsstörung |
| ☐ Geschwisterrivalität | | | |

Bitte beschreiben Sie hier ggf. noch einmal genauer:

.....

.....

.....

Ist/ War das Kind deshalb in **ambulanter / stationärer Behandlung** (gewesen)? ☐ nein ☐ ja

.....

.....

Welche **Rolle** nimmt/nahm das Kind innerhalb der Kindergruppe ein?

.....

.....

.....

.....

Wie verhält / verhielt sich das Kind Erwachsenen gegenüber?

.....

.....

Beschreiben Sie bitte besondere **Angewohnheiten, Bedürfnisse und die Eigenart** des Kindes?

.....

.....

.....

Wo schläft das Kind? ☐ im eigenen Bett ☐ im Bett der Eltern

Hat das Kind besondere Schlafgewohnheiten? ☐ nein ☐ ja, ...

Schulalter (ab 6./7. Lebensjahr)

Einschulung erfolgte mit Jahren ☐ regelrecht ☐ vorzeitig ☐ nach Rückstellung, wegen

.....

Er/Sie hat sich: ☐ gefreut ☐ nicht gefreut in die Schule zu kommen?

Gab es **Eingewöhnungsprobleme**? ☐ nein ☐ ja, ...

Gab es einen **Schulwechsel**? ☐ nein ☐ ja, weil

Informationen zum Schulbesuch

☐ Klassenwiederholung in Klassenstufe:

☐ Schräg-/Rückversetzung in Klassenstufe:

☐ Überspringen der Klassenstufe:

☐ Suspendierung vom Schulbesuch

☐ Abgang von der Schule ohne Schulabschluss

Aktuelle Schule

Name:

Schulform: ☐ Grundschule ☐ Sekundarschule ☐ Gemeinschaftsschule

☐ Gymnasium ☐ Förderschule für

☐ Berufsschule ☐ FH/Universität

Ansprechpartner

Aktuelle Klasse:

Wie schätzen Sie die **schulischen Leistungen** des Kindes/Jugendlichen ein?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

In welchen Fächern zeigt er/sie gute Leistungen:

In welchen Fächern zeigt er/sie ausreichende Leistungen:

Spezielle Begabungen:

Welche Leistungen erwarten Sie als Eltern von ihm/ihr?

.....

.....

Wie haben sich die schulischen Leistungen entwickelt? (Verbesserung/plötzlicher Leistungsknick)

Welche Fächer waren betroffen?

.....

.....

Wie reagiert er/sie auf schulischen Erfolg / Misserfolg?

.....

.....

Wie reagieren Sie als Eltern auf schulischen Erfolg / Misserfolg?

.....

.....

Welche **Einstellung** hat er/sie zur Schule:

Geht er/sie **regelmäßig** in die Schule? ☐ ja ☐ meist ☐ nein

Fehltag: im letzten Halbjahr Im letzten Monat

Werden die **Hausaufgaben** regelmäßig erledigt? ☐ ja ☐ widerwillig ☐ nein

Wie lange braucht er/sie für die Hausaufgaben?

Wie erledigt er/sie die Hausaufgaben? ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe
☐ mit Kontrolle ☐ nur mit „Theater“ ☐ mit Ablehnung ☐ abgelenkt
☐ verträumt ☐ muss sich häufig bewegen ☐ unordentlich
☐ gibt leicht auf ☐ lustlos ☐ mit häufigen Pausen ☐ braucht Druck

Wie verhält sich er/sie vor Tests / Klassenarbeiten? ☐ zuversichtlich, ruhig
☐ gleichgültig ☐ hat Kopf-/Bauchschmerzen ☐ hat keinen Appetit ☐ erbricht
☐ kann nicht schlafen ☐ ist sehr aufgeregt ☐ hat Angst ☐ weint
☐ bereitet sich vor ☐ verweigert sich, geht nicht in die Schule
☐ verschwiegt Tests/Klassenarbeiten

Er/Sie hat Erfolge (Schule /Freizeit): ☐ häufig ☐ selten ☐ unregelmäßig ☐ nie

Der **eigene Leistungsanspruch** des Kindes/Jugendlichen: ☐ überehrgeizig ☐ ehrgeizig ☐ willig
☐ gleichgültig ☐ verweigernd

Bei **Anforderungen** verhält er/sie sich: ☐ motiviert ☐ konzentriert ☐ ablenkbar
☐ unkonzentriert ☐ schnell verzweifelt ☐ lustlos ☐ schnell ermüdet
☐ langsam ☐ zügig ☐ überhastet ☐ zielstrebig
☐ übergenu ☐ ausdauernd ☐ oberflächlich ☐ sorgfältig

Welchen **Berufswunsch** äußert er/sie zur Zeit?

Wie gut kommt er/sie mit Mitschülern aus? ☐ gut ☐ nicht so gut, er/sie hat viele Konflikte

Hat er/sie Freunde in der Klasse? ☐ ja ☐ nein

Wie gut kommt er/sie mit Lehrern / Kollegen zurecht? ☐ gut ☐ nicht so gut, er/sie hat

.....

.....

Gibt es folgende **Probleme / Schwierigkeiten**?

☐ Lese- und Rechtschreibschwäche ☐ Rechenschwäche ☐ Konzentrationsschwäche
☐ Leistungsschwankungen ☐ Leistungsverweigerung ☐ mangelnde Motivation

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Schule schwänzen | ☐ Versagensängste | ☐ Angst vor Tests/Vorträgen |
| ☐ übermäßiger Ehrgeiz | ☐ perfektionistisch | ☐ ist übergenu |
| ☐ fehlt oft wegen Krankheit | ☐ prügelt sich oft | ☐ wird abgelehnt (keine Freunde) |
| ☐ gibt den Klassenclown | ☐ stört den Unterricht | ☐ Kopf-/Bauchschmerzen |

Relevante Lebensereignisse

Gab es in den letzten Jahren, insbesondere vor dem erstmaligen Auftreten der aktuellen Probleme schwerwiegende Lebensereignisse? ☐ ja ☐ nein

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Trennung eines Elternteils von der Familie | ☐ Scheidung | ☐ Erkrankung des Kindes |
| ☐ erhebliche Erkrankung eines nahen Familienmitglieds | | ☐ sexueller Missbrauch |
| ☐ schwerer Unfall des Kindes | ☐ schwerer Unfall eines nahen Familienmitglieds | |
| ☐ Tod eines Elternteils | ☐ Tod eines nahen Familienangehörigen | |
| ☐ Inobhutnahme | ☐ Sorgerechtsentzug | ☐ Heimunterbringung |
| ☐ Ehe-/Partnerschaftskrise | ☐ Geburt eines Geschwisters | ☐ Arbeitslosigkeit |
| ☐ neue Partnerschaft eines Elternteils | ☐ erhebliche Einkommensveränderungen | ☐ Umzug |

Soziales & Freizeit

Bekommt das Kind bzw. der/die Jugendliche **Taschengeld**? ☐ ja ☐ nein Wie viel? €
Was macht er/sie mit dem Geld:

Bekommt das Kind noch von anderen Personen materielle Zuwendung? ☐ ja ☐ nein

Wie viel Freizeit hat Ihr Kind täglich? an Schultagen: h am Wochenende: h

Hobbies

- ☐ Sportverein und Sportart
- ☐ Musikinstrument/ -schule
- ☐ ehrenamtliches Engagement
- ☐ sonstiges

Wie oft pro Woche:

Besondere Vorlieben, Interessen

Medienkonsum

	Stunden pro Tag
Fernseher	
PC, Spielekonsole	
Handy, Tablet	

Finden Sie, dass er/sie übermäßig viel Zeit mit den o.g. Medien verbringt?

☐ nein ☐ ja ☐ und der Medienkonsum ist häufig Streitthema in unserer Familie

Schränkt er/sie andere Interessen/Aktivitäten aufgrund des Medienkonsums ein? ☐ ja ☐ nein

Findet Mediennutzung gewalttätiger Inhalte statt (z.B. Gewaltspiele)?

☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht

Welche häuslichen Pflichten hat das Kind bzw. der/die Jugendliche?

Sozialverhalten

Er/sie hat: ☐ keine Freunde ☐ einen Freund/Freundin ☐ 2-3 Freunde ☐ mehr als 4 Freunde

Hat er/sie Freundschaften mit anderen des anderen Geschlechts? ☐ ja ☐ nein

Pflegt er/sie Freundschaften mit älteren Jugendlichen / Erwachsenen? ☐ ja ☐ nein

Wem vertraut er/sie Probleme an?

Welche Aussagen treffen aktuell auf das Kind bzw. die/den Jugendliche(n) zu:

Er/sie ist bzw. spielt...

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ lieber allein | ☐ lieber bei Erwachsenen | ☐ mit Gleichaltrigen |
| ☐ lieber mit Jüngeren | ☐ lieber mit Älteren | ☐ mit seinen Freunden |
| ☐ mit wechselnden Kindern | ☐ innerhalb der Familie | |
| ☐ mit seinen Tieren | ☐ in der Wohnung | ☐ außerhalb der Wohnung |
| ☐ ist bei Gleichaltrigen akzeptiert | ☐ findet leicht Anschluss | ☐ ist als Spielpartner beliebt |
| ☐ bringt Freunde mit | ☐ hat feste Freunde | ☐ ist häufig allein |
| ☐ wird von anderen abgelehnt | ☐ ist hilfsbereit | ☐ prügelt sich oft |
| ☐ kann nicht verlieren | ☐ möchte der Anführer sein | |
| ☐ erkauft sich Freundschaften | ☐ hat die falschen Freunde | ☐ ist eher ein Außenseiter |
| ☐ ist eher ein Mitläufer | ☐ sagt offen seine Meinung | ☐ setzt sich auch für andere ein |
| ☐ wird gehänselt/gemobbt | ☐ ist höflich zu anderen | ☐ meidet andere Kinder |

Womit beschäftigt sich Ihr Kind / Jugendliche(r) am liebsten? Was spielt es?

Welche **Veränderungen im Sozialverhalten** ggü. anderen haben Sie in letzter Zeit beobachtet?

Welche **Probleme im Sozialverhalten** gegenüber anderen haben Sie in letzter Zeit beobachtet?

Sexualität

Durch wen wurde er/sie aufgeklärt?

Über welche sexuellen Fragen weiß es Bescheid?

Ist er/sie an sexuellen Fragen auffällig desinteressiert? ☐ ja ☐ nein

stark interessiert? ☐ ja ☐ nein

Ist er/sie bereits in der Pubertät? ☐ ja ☐ nein

Wann hatte es die erste Regelblutung/ den ersten Samenerguss?

Traten bisher sexuelle Verhaltensauffälligkeiten auf? ☐ nein ☐ ja,

Gab es in der Vergangenheit beängstigende, traumatische sexuelle Erlebnisse? ☐ nein ☐ ja,

Welche Befürchtungen haben Sie hinsichtlich der sexuellen Entwicklung der/des Jugendliche(n)?

Wie gehen Sie in der Familie mit sexuellen Fragen um? Haben Sie Scham-/Schuldgefühle dabei?

Aktueller Gesundheitszustand

Hat er/sie **körperliche Vorerkrankungen**? ☐ ja ☐ nein

Aktuelle Größe und Gewicht cm kg

Nimmt er/sie derzeit **Medikamente** ein? ☐ ja ☐ nein

Präparat: **Dosierung:** **Seit wann:**

Präparat: **Dosierung:** **Seit wann:**

Präparat: **Dosierung:** **Seit wann:**

Therapieziele

Wer möchte eine psychotherapeutische Behandlung und wie hoch schätzen Sie die Therapiemotivation ein?

- ☐ Kind / Jugendliche/r
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ andere

Therapiemotivation (1 = gar nicht.....10 = sehr hoch)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Beschreiben Sie bitte, wer oder was der/dem Patient*in aktuell Unterstützung und Stabilität gibt:

Welche Eigenschaften/ Fähigkeiten können der/dem Patient*in bei der Problembewältigung helfen?

Wer aus dem Umfeld unterstützt Sie?

Wer ist nicht an einer Veränderung interessiert?

3 wichtige Ziele und Wünsche in der Therapie für Ihr Kind und Sie als Eltern

- 1.
- 2.
- 3.

Welche Ziele/Erwartungen hat das Umfeld (Schule, Freunde, andere Familienmitglieder)?

.....

.....

.....

Was denken Sie – wer oder was hindert ihn/sie aktuell daran, die Ziele zu erreichen?

.....

.....

.....

Was sind Sie als Eltern bereit zur Lösung des Problems zu tun?

.....

.....

Welche äußeren Umstände müssten Sie Ihrer Meinung nach verändern?

.....

.....

Was glauben Sie, wie viele Therapiestunden für eine Veränderung benötigt werden

☐ 12-15 ☐ 24-30 ☐ 60-75 ☐ mehr als 80?

.....

Wie viel Zeit sind Sie als Eltern täglich bereit, um an der Veränderung mitzuwirken? h

Welche Erwartungen / Wünschen haben Sie an mich als Therapeutin?

.....

.....

.....

Fällt Ihnen sonst noch etwas Wichtiges ein?

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! ☺

Datum

ausgefüllt von