

Dr. med. Christian Kiefer
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
-Psychotherapie-

51766 Engelskirchen
Oberstaat 6
Tel.: 02263/929020
Fax.: 02263/9290210

An: _____

Anamnesebogen/Vorgeschichte
Bitte gelbes Untersuchungsheft mitbringen

Die folgenden Angaben dienen als vorläufige Information, um wichtige Punkte in der Lebensgeschichte des Kindes kennen zu lernen. Während der Behandlung werden wir Gelegenheit haben, ausführlicher über die einzelnen Themen zu sprechen.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Angaben zum Kind

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsort: _____ Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon: _____
Krankenkasse: _____ versichert über: _____
Religionszugehörigkeit: _____

Angaben zur Mutter

Name: _____ Vorname: _____
Wohnort: _____ Strasse: _____
Geb. Datum: _____ Ausbildung: _____

berufl. Tätigkeit zur Zeit: _____ ganztags halbtags
Telefon tagsüber: _____
Mobiltelefonnummer: _____ e-mail Adresse: _____

Angaben zum Vater

Name: _____ Vorname: _____
Wohnort: _____ Strasse: _____
Geb. Datum: _____ Ausbildung: _____

berufl. Tätigkeit zur Zeit: _____ ganztags halbtags
Telefon tagsüber: _____
Mobiltelefonnummer: _____ e-mail Adresse: _____
Eltern sind geschieden nein ja seit Kind ist Mutterweise ja nein
Eltern leben getrennt nein ja seit Kind ist Vaterweise ja nein
Kind ist ehelich ja nein

Das Sorgerecht des Kindes haben/hat: _____

Kind lebt

bei den Eltern	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	bei Pflegeeltern	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
bei der Mutter	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	beim Vater	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
bei Adoptiveltern	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	im Heim	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

sonstiges: _____

Kind war zeitweise außerhalb der Familie untergebracht ja nein

wo: _____ wann: _____

Entwicklungsgeschichte des Kindes:

Die wievielte **Schwangerschaft** war dieses Kind? _____

War diese Schwangerschaft gewollt/geplant? ja nein

War der Schwangerschaftsverlauf normal? ja nein

-wenn nein, welche Probleme gab es: _____

Wo wurde das Kind geboren: _____

Die **Entbindung** war zum Termin ja nein
zu früh: _____ Wochen
zu spät: _____ Wochen

Die **Geburt** war normal ja nein

-wenn nein, welche Probleme gab es: _____

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge: _____ cm, Geburtszeit: _____

Kopfumfang: _____ cm Apgar-Zahl aus dem gelben Vorsorgeheft _____

Die ersten Tage und Wochen nach der Geburt waren unauffällig ja nein

-wenn nein, welche Probleme gab es: _____

Die **Entwicklung** des Kindes war normal ja nein

krabbeln ja nein

das erste Lächeln war mit _____ **Monaten**

freies Laufen mit: _____ Monaten, **sitzen** mit _____ Monaten?

die ersten Worte mit: _____ Monaten, **die ersten Sätze** mit: _____ Monaten

Kind spricht heute altersentsprechend: ja nein

-wenn nein, welche Sprachprobleme gibt es: _____

3. tagsüber trocken und sauber

ja nein

-wenn nein, welche Probleme gibt es: _____

Die **Ernährung** des Kindes ist normal

ja nein

-wenn nein, welche Probleme gibt es: _____

Der **Schlaf** des Kindes ist normal

ja nein

-wenn nein, welche Probleme gibt es: _____

Der **Stuhlgang** des Kindes ist normal

ja nein

-wenn nein, welche Probleme gibt es: _____

Wurde das Kind bisher schon einmal wegen **Unfällen, Operationen** oder **Gehirnerschütterungen** behandelt?

ja nein

-wenn ja, weswegen, wann, wo: _____

Hat das Kind körperliche **Erkrankungen/Allergien**?

ja nein

-wenn ja, welche: _____

Hatte das Kind schon einmal **Krämpfe oder epileptische Anfälle**:

ja nein

-wenn ja, welcher Art und wann: _____

Gibt es in der Familie **besondere Erkrankungen**

z. B. Gemütsleiden, Nervenkrankheiten, Anfallsleiden, Suchtkrankheiten ja nein

-wenn ja, welche: _____

Nimmt das Kind regelmäßig **Medikamente**

ja nein

-wenn ja, welche und seit wann: _____

Kindergartenbesuch

ja nein

-wenn ja, seit wann: _____

-wenn ja, wie lange: _____

-wenn nein, warum nicht: _____

Einschulung: mit wie vielen Jahren

Jetzige Schulform: _____ Klasse _____

wurde das Kind umgeschult ja nein

-wenn ja, in welcher Klassenstufe: _____

wurde das Klassenziel immer erreicht ja nein

-wenn nein, in welcher Klasse: _____

besondere Stärken bei den Schulfächern: _____

besondere Schwächen bei den Schulfächern: _____

Wie gestaltet das Kind seine **Freizeit**: _____

Durchschnittliche Bildschirmzeit (Computer, TV, Playstation etc.) pro Tag?

Welche **Stärken** hat Ihr Kind: _____

Vereinsmitgliedschaft:

Hat das Kind **regelmäßige Aufgaben** in der Familie?

Die Anmeldung erfolgt auf Empfehlung von:

Kinder/Hausarzt Kindergarten Schule Jugendamt Sonst.

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht bestätigt der Unterzeichner, dass beide Eltern über die geplante kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung informiert und damit einverstanden sind. Beide Elternteile verständigen sich darüber, wer an dem Elterngespräch teilnimmt.

Unterschrift Kindsvater

Unterschrift Kindsmutter