

ANAMNESEFRAGEBOGEN

KIND / JUGENDLICHER

Vor- und Nachname des Kindes:

Geschlecht

männlich weiblich

Geburtsdatum

Geburtsort

Geschwisterzahl

Einzelkind

Kind lebt bei

Leiblichen Eltern

Pflegeeltern

Leiblicher Mutter

Wohngruppe

Leiblichem Vater

Aktuelle Schulart (Grundschule, Realschule, etc.):

Name und Anschrift der Schule:

Klasse:

Tel.:

KlassenlehrerIn:

Vorstellungsdatum: _____ Termin bei: _____

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von: Mutter Vater andere _____

VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

Vorstellung veranlasst durch:

Hauptproblem / Vorstellungsanlass:

Seit wann bestehen die Probleme?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

KONTAKTDATEN		
	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Handy		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Schulabschluss		
Ausbildungsabschluss		
Berufstätig als		
Arbeitsumfang		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
LEBENSITUATION DER ELTERN		
<input type="checkbox"/> zusammen lebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____		<input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation: _____
GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE		
	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		
Zusammenlebend seit		
Schulabschluss		
Ausbildungsabschluss		
Berufstätig als		
Arbeitsumfang		

UMGANGSREGELUNG (BEI GETRENNT LEBENDEN ELTERNPAAREN)

Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil.

Wie häufig?

Es besteht **kein** Kontakt mit dem leiblichen Vater / der leiblichen Mutter.

Seit wann und warum?

Umgangsregelung entstanden durch

Eltern untereinander / einvernehmlich

Beratungsstelle

Jugendamt

Gericht

Wie zufrieden sind Sie mit der bestehenden Regelung?

sehr zufrieden

zufrieden

unzufrieden

Geschwister	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
Halbgeschwister Stiefgeschwister					
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
Ausbildung / Beruf					
Gibt es Probleme, Auf- fälligkeiten, oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?					
Lebt mit dem Kind/Jugend- lichen im gleichen Haus- halt (ja/nein)					

BISHERIGE LÖSUNGSVERSUCHE / BEHANDLUNGEN

Was haben Sie oder andere (z. B. Schule, etc.) bereits versucht, um die Problematik zu verbessern?

Vorbehandlungen

(Bsp.: Frühförderung, Psychotherapie, Ergotherapie, Lerntherapie, Medikation)

Alter (bei Beginn)	Art der Behandlung (Bei Therapie: Art und Name des Therapeuten/ Arzt bei Medikation: Name des Medikaments und Dosierung)	Dauer (Monate und Häufigkeit/ Anzahl der Kontakte)

Stand oder steht Ihre Familie in Kontakt mit dem Jugendamt?

nein ja

Wenn ja, welches Jugendamt ist aktuell zuständig?

Tübingen Reutlingen _____

Zuständiger Mitarbeiter:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Art, Dauer und Umfang der Hilfen durch das Jugendamt (Bsp.: Familienhilfe, seit 2014, 8h/Woche):

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES	
VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT	Wievielte Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> ___
	Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle, Trennung, Umzug, etc.):
	Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.):
	Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen):
GEBURT	Schwangerschaftswoche der Entbindung:
	Alter der Mutter bei Geburt:
	Verlauf / Komplikationen während der Geburt:
	Geburtsgewicht: <input type="text"/> Körpergröße: <input type="text"/> APGAR: <input type="text"/> Kopfumfang: <input type="text"/>
VERLAUF NACH DER GEBURT	Komplikationen nach der Geburt:
	Wurde ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Lebensmonat

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG
Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.):
Motorische Entwicklung des Kindes

ALTER IN MONATEN	Alleine sitzen	Alleine stehen	Frei laufen
	Sprachliche Entwicklung des Kindes		
	Erste Worte sprechen	Einfache Sätze bilden	
	Sauberkeitsentwicklung des Kindes		
	Trocken / sauber tagsüber	Trocken / sauber nachts	Rückfälle

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen?

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

- normal / gleich schnell entwickelt
 langsamer entwickelt
 rascher entwickelt

KINDERGARTENZEIT

Besucht / besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter: Jahre Monate

nein, weil:

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (Trennungsängstlichkeit)?

nein ja, welche:

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern zurecht?

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den ErzieherInnen zurecht?

Gibt / gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

nein ja, welche:

Wie gerne geht / ging Ihr Kind in den Kindergarten?

sehr gerne gerne mittel nicht so gerne sehr ungern

Gab es einen Kindergartenwechsel?

nein ja, wann (Jahr; Alter des Kindes), warum:

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Schuljahr: Alter des Kindes: Jahre Monate

Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell?

Klasse: Schulart:

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?

nein ja, welche:

Kam es zu Umschulungen?

nein ja, wann (Klassenstufe) und welche:

Welche Schulen hat Ihr Kind bisher besucht?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grundschulförderklasse | <input type="checkbox"/> Hauptschule |
| <input type="checkbox"/> Regelgrundschule | <input type="checkbox"/> Werkrealschule |
| <input type="checkbox"/> SBBZ L (vorm. Förderschule) | <input type="checkbox"/> Realschule |
| <input type="checkbox"/> SBBZ E | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule |
| <input type="checkbox"/> SBBZ G | <input type="checkbox"/> Gymnasium |
| <input type="checkbox"/> Sprachheilschule | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?

überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes:

zufrieden meistens zufrieden selten zufrieden unzufrieden

Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

nein ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

nein ja, welche, wann:

Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes in der Schule beschreiben?

BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND

Bitte beschreiben (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.)

FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG

Wie häufig...

	Jeden Tag	Etwa 3 - 5 Mal pro Woche	Etwa 1 - 2 Mal pro Woche	Seltener	Nie
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach (Bsp.: Fußball, Chor, Pfadfinder, etc.):

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?

	Weniger als 1 Stunde.	Etwa 1 - 2 Stunden	Etwa 3 - 4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy / Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer / Tablet / Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playstation / Wii / Konsole	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit e

(TV, PC, Tablet, Handy, etc.)

Montag bis Freitag: Stunden

...ende: Stunden

KRANKHEITEN UND ALLERGIEN

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?

Chronische Erkrankungen

Asthma, seit: _____

Medikation: _____

andere: _____ seit: _____

Medikation: _____

Allergien

Gegen Medikamente: _____

Nahrungsmittel: _____

Gräser / Bäume: _____

Tierhaare: _____

andere: _____

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind durchschnittlich?

Am Tag:

In der Nacht:

Hat Ihr Kind Einschlafschwierigkeiten?

nein

ja, welche:

Wacht Ihr Kind häufig nachts auf?

nein

ja, wie oft:

ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER FAMILIE

	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Opa (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Sonstige Verwandte
Welche körperlichen/ psychischen Erkrankungen gibt es in der Familie?					

Hatte Ihr Kind in den letzten 12 Monaten einen Krankenhausaufenthalt von vier Tagen oder länger?

nein

ja

Sollte für Ihr Kind ein stationärer oder teilstationärer Aufenthalt in unserer Klinik vorgesehen sein, bitten wir Sie, vor der Aufnahme mit Ihrem Kinderarzt den Impfpass durchzusehen. Sollten aktuell Impfungen anstehen, lassen Sie diese umgehend vornehmen.
Bringen Sie den Impfpass zur Aufnahme bitte mit.

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

nein ja, welche: