

Anamnesebogen Praxis Palstek

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Kind wohnt zusammen mit:

Sorgerecht:

Jugendamt:

Erziehungsbeistand oder SPFH:

Vorbehandlungen:

.....

• Familie

Vater: leiblicher Vater Adoptivvater Stiefvater

Name: Geburtsname: Vorname:

Geburtsdatum:

Schul- und Berufsausbildung:

jetziger Beruf

Eltern des Vaters:

Vater: Alter: Beruf:

Mutter: Alter: Beruf:

Wie ist der Kontakt und die Beziehung zur Familie des Vaters?.....

.....

Mutter: leibliche Mutter Adoptivmutter Stiefmutter

Name: Geburtsname..... Vorname:

Geburtsdatum:

Schul- und Berufsausbildung:

jetziger Beruf

Tägliche Arbeitszeit nach Elternzeit: Stunden

Wer betreut(e) das Kind während der Arbeitszeit der Mutter?

Eltern der Mutter:

Vater: Alter: Beruf:

Mutter: Alter: Beruf:

Wie ist der Kontakt und die Beziehung zur Familie der Mutter?.....

.....

Weitere enge Bezugspersonen, zu denen Ihr Kind regelmäßigen Kontakt hat?

.....

.....

.....

• **Geschwister**

Name, Alter, Schule	Eigenschaften	Fähigkeiten/Stärken	Krankheiten

• **Familiäre Belastungen**

Gibt es familiäre somatische und/oder psychiatrische Erkrankungen?

.....

.....

• **Aktuelle Sorgen der Eltern/ Vorstellungsanlass**

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

• **Lebensgeschichtliche Entwicklung**

War die Schwangerschaft geplant?

Gab es Beschwerden oder Komplikationen während der Schwangerschaft?

.....

Hatten Sie andere Sorgen oder Stressfaktoren während der Schwangerschaft?

.....

.....

Gibt es in der Lebensgeschichte der Mutter Schwangerschaftsabbrüche oder Fehlgeburten?.....

.....

• **Geburt:**

Das Kind war eine Früh- Spät- Normalgeburt und wurde in der SSW geboren.

Geburtsgewicht Größe.....

Geburtskomplikationen (z.B. Saugglockenentbindung, Sturzgeburt, verlängerte Wehentätigkeit, Kaiserschnitt usw.):

.....

Wurde das Kind gestillt? Ja Nein wenn ja, wie lange?

Weitere Angaben/Bemerkungen zu Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

.....

.....

Entwicklung: In welchem Alter lernte es laufen: sprechen:

Wann wurde mit der Sauberkeitserziehung begonnen?

Wann wurde es trocken? Tagsüber: Nachts:

Wann wurde es sauber? Tagsüber: Nachts:

Gab es Störungen in der Kindlichen Entwicklung?

Motorik:

.....

Sprache:

.....

.....

Sauberkeit:

.....

.....

Gab es schwere Krankheiten in der Kindheit oder wurde ihr Kind operiert?

.....

.....

Impfungen:

Allergien:

Nimmt Ihr Kind Medikamente?

Hat Ihr Kind sich jemals absichtlich selbst verletzt?

• Schulische Entwicklung

Das Kind geht aktuell in die Klasse der Schule

Klassenlehrer/in:

Kindergarten:.....

Einschulung:.....

Erfolgten Umschulungen?

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt oder übersprungen?

• **Lebenssituation**

Wie wohnt die Familie?

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Wie verbringt die Familie ihre Freizeit?

Welche Konfliktthemen gibt es in der Familie?

Ist das Familieneinkommen für die gesamte Familie ausreichend? ja nein

Wie viel Taschengeld erhält Ihr Kind: € pro

Wie häufig ist es mit Gleichaltrigen zusammen?

Von wem wurde das Kind bisher vornehmlich erzogen?

Welchen Erziehungsstil verfolgen Sie?

Welche Regeln gibt es für das Kind in den folgenden Bereichen:

Essen/Essenszeiten:

Zubettgehen:

Welche Regeln/Pflichten muss Ihr Kind einhalten?

Welche Aktivitäten hat Ihr Kind außerhalb des Elternhauses?

Welche Stärken und Fähigkeiten hat Ihr Kind?

.....

.....

Was mögen Sie an Ihrem Kind?

.....

.....

Wie belohnen Sie Ihr Kind für erwünschtes Verhalten?

.....

.....

.....

Wie geht Ihr Kind mit Frustrationen und Misserfolgen um? Wie reagiert es darauf?

.....

.....

.....

Bitte nennen Sie fünf bevorzugte Tätigkeiten Ihres Kindes (z.B. basteln, malen, Sport, Gesellschaftsspiele, Lesen, Fernsehen, draußen spielen usw.):

1.

2.

3.

4.

5.

• **Medienkonsum**

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Computer/Tablet pro Tag: Stunde(n)

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Fernsehen pro Tag: Stunde(n)

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Smartphone pro Tag:Stunde(n)

• **Psychopathologie**

Beschreiben Sie bitte die typische Grundstimmung Ihres Kindes in letzter Zeit (bezogen auf die letzten 2 Monate):

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

• **Ziele für die Behandlung**

Aus Sicht des Kindes	Aus Sicht der Eltern
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

• **Was hat die Familie in der Vergangenheit bereits unternommen, um die Probleme zu beheben?**

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