



Gemeinschaftspraxis für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Kapellenstr. 31, 55124 Mainz

Telefon: 06131-21570-0

E-Mail: info@praxis-hueterpfannkuch.de

ANAMNESEBOGEN

Persönliche Daten:

Patient/in:

Name:

Vorname: Geburtsdatum:

Adresse (Str., Hausnr., PLZ, Stadt):

.....

Nationalität:

Telefon: Mobil: E-mail:

Wer hat den Bogen ausgefüllt?:

.....

Wer hat den Besuch bei uns angeregt?:

.....

Überweisender Arzt (Name, Adresse, Tel.-Nr.):

.....

.....

Haus- bzw. Kinderarzt (Name, Adresse, Tel.-Nr.):

Sorgeberechtigte:

Wer ist sorgeberechtigt? Bitte ankreuzen.

Beide Eltern Vater Mutter Andere

Eingeschränktes Sorgerecht oder Teilsorgerechte bitte angeben:

Vater:

Name: -----

Vorname: ----- Geburtsdatum: -----

Adresse: -----

Nationalität: -----

Telefon: ----- Mobil: ----- E-mail: -----

Berufliche Tätigkeit: -----

Mutter:

Name: -----

Vorname: ----- Geburtsdatum: -----

Adresse: -----

Nationalität: -----

Telefon: ----- Mobil: ----- E-mail: -----

**War eines der Geschwister bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer/
-psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bitte kurz erläutern.**

Aktuelle Situation:

Warum wird der/die Patient/in bei uns vorgestellt?:

**Über welches Verhalten des/der Patienten/in machen sich die Menschen aus der
nächsten Umgebung Sorgen?**

**Hat der/die Patient/in schon einmal wegen psychischer Störungen oder
Verhaltensauffälligkeiten therapeutische Hilfe in Anspruch genommen? Wenn ja,
wann und wo?**

**Befindet sich der/die Patient/in derzeit in anderer sozialpsychiatrischer Behandlung?
Wenn ja, wo und seit wann?**

Gab es oder gibt es bereits einen Kontakt zum zuständigen Jugendamt? Wenn ja, bitte näher erläutern.

Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Gab es Komplikationen während oder nach der Geburt? Wenn ja, welche?

Frühkindliche Entwicklung:

Gab es Probleme bei der Sprachentwicklung? Wenn ja, welche?

Wurde logopädische Behandlung in Anspruch genommen? Wenn ja, wann und wo?

Gab es Probleme bei der motorischen Entwicklung (Krabbeln, Sitzen, freies Laufen, Klettern usw.)? Wenn ja, welche?

Wurde zu irgendeinem Zeitpunkt eine die Motorik (Bewegung) betreffende Therapie in Anspruch genommen? Wenn ja, wann und wo?

Gab es Probleme mit der Sauberkeitsentwicklung (spätes Trockenwerden, Einnässen, Einkoten)? Wenn ja, welche?

Welche Kinderkrankheiten / welche ernsthaften Erkrankungen, Unfälle, Operationen, Klinikaufenthalte haben stattgefunden? Wann?

Sind Allergien bei der/dem Patienten/tin bekannt. Wenn ja, welche?

Mussten in den ersten sechs Lebensjahren über einen längeren Zeitraum Medikamente eingenommen werden? Wenn ja, welche?

War der/die Patient/in seinen/ihren ersten sechs Lebensjahren länger als einen Monat von einer engen Bezugsperson getrennt?

Kindergarten

Wurde ein Kindergarten besucht? Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Gab es Probleme beim Kindergartenbesuch (z.B. schwere Trennung, aggressives Verhalten, Rückzug, Konzentrationsprobleme)?

Schule

Grundschule:

Name und Ort der Einrichtung:

Alter bei Einschulung: -----

Wiederholte oder übersprungene Klassen: -----

Weiterführende Schulen (ggfls. mehrere):

Name, Ort und Art (z.B. Gesamtschule, Gymnasium, Realschule, Berufsschule ...) der Einrichtung(en):

Alter bei Beginn der weiterführenden Schule: -----

Wiederholte oder übersprungene Klassen:-----

Probleme beim Schulbesuch? (Welches Fach macht Schwierigkeiten/fällt leicht?, Verhältnis zu Lehrern/Mitschülern schwierig?, Konzentrationsschwierigkeiten?, aggressives Verhalten?, Beschwerden seitens der Schule?, Mobbing?, Probleme mit Hausaufgaben? usw.)

Kam es während der Schulzeit zu ernsthaften Erkrankungen, Operationen, Klinikaufenthalten, Unfällen oder langfristigen Medikamenteneinnahmen? Wenn ja, welche und wann?

Werden oder wurden Drogen, Alkohol oder Tabak in gesundheitsschädlichem Maß konsumiert? Wenn ja, welche in welcher Menge?

Familienanamnese:

Welche Erkrankungen (auch psychische) gibt es in der Familie des/r Patienten/tin?:

Vater: -----

Familie des Vaters: -----

Mutter: -----

Familie der Mutter: -----

Geschwister: -----

Soziales Umfeld:

Hat der/die Patient/in stabile freundschaftliche Beziehungen zu Gleichaltrigen?

Werden Hobbys gepflegt? Wenn ja, welche?

Werden Vereine regelmäßig besucht? Wenn ja, welche?

Sonstiges:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!