

## Anmeldebogen

### Kind/Jugendlicher:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: \_\_\_\_\_

Kinder- oder Hausarzt: \_\_\_\_\_

Eltern leben

zusammen

getrennt

geschieden

### Sorgeberechtigte Mutter:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

### Sorgeberechtigter Vater:

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Handynummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Weitere Bezugspersonen:** (Zutreffendes ankreuzen)

- Stiefmutter/-vater       Adoptivmutter/-vater       Pflegemutter/-vater  
 Lebenspartner/in von Mutter/Vater       Andere \_\_\_\_\_

Name/Vorname : \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Schulabschluss/Ausbildung: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

Kind lebt bei     Eltern       Mutter     Vater       Weitere \_\_\_\_\_

**Geschwister:**

Name	Geburtsjahr	Männlich	Geschwister, Halbgeschwister, Stiefgeschwister
		Weiblich	

**Familie:**

Liegen schwere körperliche Erkrankungen in der Familie vor?

Nein     Ja      Wenn ja, wer/welche? \_\_\_\_\_

Liegen psychische Erkrankungen in der Familie vor?

Nein     Ja      Wenn ja, wer/welche? \_\_\_\_\_

Die Vorstellung erfolgt auf **Empfehlung** von:

\_\_\_\_\_

Name des Kinderarztes:

\_\_\_\_\_

Name der **aktuellen** Schule/Kindergarten: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Name des Klassenlehrers: \_\_\_\_\_

Welche Kinderkrippe/Kindergarten/Schule besuchte Ihr Kind **davor**?

---

---

---

Wurden **früher** schon Therapien (z. B. Psychotherapie, Logopädie, Ergotherapie) durchgeführt?  
Wenn ja, welche/wann? **Bitte Befunde mitbringen.**

---

---

---

Wann war der **letzte** Besuch beim:

- **Kinderarzt:** \_\_\_\_\_
- **HNO-Arzt:** \_\_\_\_\_  
Wurde eine **Pädaudiologische Untersuchung** durchgeführt? Wenn ja, wann/Befund?  
\_\_\_\_\_
- **Augenarzt:** \_\_\_\_\_
- **Kinder-/Jugendpsychiater:** \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind schon einmal eine ernsthafte körperliche Erkrankung? Wenn ja, welche?

---

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, wann/warum/wie lange?

---

---

---

Schildern Sie bitte kurz die aktuellen **Probleme**. Seit wann bestehen diese?

---

---

---

Lebte Ihr Kind schon einmal für einen längeren Zeitraum **außerhalb der Familie**?

---

Gab es in der Vorgeschichte bereits **andere Untersuchungen/Beratungen** (z.B. Klinikambulanzen, niedergelassene Ärzte, Erziehungsberatung, Jugendamt, Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)? Wenn ja, wann/wo/warum?

---

---

Befand sich Ihr Kind bereits früher wegen ähnlicher Probleme oder Erkrankungen in **ambulanter oder stationärer Behandlung**?

---

---

Erhält Ihr Kind momentan **Medikamente**? Wenn ja, welche/seit wann?

---

---

Besucht Ihr Kind **zur Zeit eine Therapie**? Wenn ja, welche, bei wem und seit wann?

---

---

Nimmt ihr Kind Drogen oder hat es schon mal welche ausprobiert? Wenn ja, welche?

---

# Anamnesebogen



Dr. med. Ute Krieter  
Fachärztin für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und  
Psychotherapie

## Schwangerschaft/Geburt

1) Wie viele Schwangerschaften hatten Sie insgesamt?

(Aborte: ..... , Fehlgeburten:..... , Entbindungen: ..... )

2) Bestanden Probleme in der Schwangerschaft?

Wenn ja, welche:	Blutungen	Ja	Nein
	Vorzeitige Wehen	Ja	Nein
	Krankheiten	Ja	Nein
	Psychische Probleme	Ja	Nein
	Medikamente	Ja	Nein
	Nicotin	Ja	Nein
	Alkohol	Ja	Nein
	Drogen	Ja	Nein
	Sonstige	Ja	Nein

3) Geburt in welcher Schwangerschaftswoche: .....

Geburtsart:	normale Entbindung	Ja	Nein
	Saugglocke	Ja	Nein
	Zangenentbindung	Ja	Nein
	Komplikationen	Ja	Nein
Wenn ja, bitte beschreiben: _____			

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Gramm, Größe \_\_\_\_\_ cm, APGAR-Werte: ...../...../.....

4) Probleme direkt nach der Geburt Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben: \_\_\_\_\_

(Sauerstoffgabe, Intensivstation etc.)

5) War die motorische Entwicklung auffällig? Ja Nein

(z.B. Freies Laufen nach dem 14. Lebensmonat)

Wenn ja, bitte beschreiben:

6) War die Sprachentwicklung verzögert oder auffällig? Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

7) War die Sauberkeitsentwicklung auffällig? Ja Nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

## **Frühkindliche Entwicklung**

**Erstes Lebensjahr:** Gab es...

Trinkschwierigkeiten/Ernährungsprobleme	Ja	Nein
Schlafstörungen	Ja	Nein
Auffallendes Schreiverhalten	Ja	Nein
Schreckhaftigkeit	Ja	Nein
Auffallendes oder verspätetes Umdrehen/Sitzen/Krabbeln	Ja	Nein
Wenig Blickkontakt	Ja	Nein
Körperkontakt war schwierig	Ja	Nein

## **Kleinkindalter**

Stimmungsschwankungen	Ja	Nein
Große Ablenkbarkeit	Ja	Nein
Kind hing am Rockzipfel	Ja	Nein
Weglaufen war ein Problem	Ja	Nein
Häufige Unfälle/kleine Verletzungen	Ja	Nein
Bewegungen auffallend eckig, ungeschickt, ruckartig	Ja	Nein

Starker Speichelfluss, über längere Zeit	Ja	Nein
Probleme mit dem Essen	Ja	Nein
Das Kind brauchte immer jemanden zum Mitspielen	Ja	Nein
Schwierigkeiten im Spiel mit Gleichaltrigen	Ja	Nein

Gab es in der Kinderkrippe/im Kindergarten Probleme? Wie ist/war das Verhältnis zur Erzieherin/zum Erzieher?

---



---



---



---



---

**Kindergarten bis Schule:**

Alter bei Kindergartenbeginn: .....Jahre

Kindergartenbesuch war/ist unbeliebt	Ja	Nein
Es gab Trennungsprobleme beim Kindergartenbesuch	Ja	Nein
Gruppenspiele wurden abgelehnt/verweigert	Ja	Nein
Einzelgänger/Außenseiter	Ja	Nein
Kind galt als Spielverderber	Ja	Nein
Kind galt als aggressiv	Ja	Nein
Verweildauer im Spiel auffallend kurz	Ja	Nein
Probleme beim Einschlafen/Durchschlafen	Ja	Nein
Probleme mit dem selbständigen Anziehen	Ja	Nein
Größere Probleme mit der Sauberkeit	Ja	Nein
Nägelkauen	Ja	Nein
Distanzloses Verhalten	Ja	Nein
Marotten, Grimassieren, unpassender Gesichtsausdruck	Ja	Nein
Auffallende, ungewöhnliche Essgewohnheiten	Ja	Nein
Tics	Ja	Nein

Schwierigkeiten beim Einschätzen von Gefahren	Ja	Nein
Malen/Basteln unbeliebt	Ja	Nein
Körperkontakt abgelehnt	Ja	Nein
Zärtlichkeiten/Schmusen abgelehnt	Ja	Nein
Probleme beim Erlernen des Radfahrens	Ja	Nein
Probleme beim Erlernen des Schwimmens	Ja	Nein
Probleme bei Regelspielen	Ja	Nein
Das Anziehen als ein tägliches Problem	Ja	Nein

**Schulzeit:**

Das Kind hat sich heftig gegen die Schule gesträubt	Ja	Nein
Von der Schule schnell enttäuscht	Ja	Nein
Ärger mit den Lehrern	Ja	Nein
Arbeitsverhalten in der Schule ein Problem	Ja	Nein
Kann nicht warten	Ja	Nein
Probleme beim Lesen/Schreiben/Rechnen (zutreffendes bitte unterstreichen)	Ja	Nein
Braucht bei Hausaufgaben viel Anwesenheit und Hilfe	Ja	Nein
Braucht sehr lange für die Hausaufgaben	Ja	Nein
Hausaufgaben werden häufig vergessen	Ja	Nein
Konzentration schlecht	Ja	Nein
Ablenkbarkeit erhöht	Ja	Nein
Arbeitstempo verlangsamt	Ja	Nein
Führt Tätigkeiten nicht zu Ende	Ja	Nein
Aufgaben werden selten gewissenhaft durchgeführt	Ja	Nein
Leistungen wechselhaft	Ja	Nein
Tagträumerei	Ja	Nein



Trödeln ein Problem	Ja	Nein
Schlafwandeln	Ja	Nein
Clownverhalten/Kaspiern	Ja	Nein
Zündeln	Ja	Nein
Lügen	Ja	Nein
Stehlen	Ja	Nein
Haben Sie Angst, das Kind länger allein zu lassen?	Ja	Nein
Hat das Kind ausgeprägte Ängste	Ja	Nein

Problematisches Essverhalten	Ja	Nein
Verbringt sehr viel Zeit vor dem Fernseher oder PC	Ja	Nein
Zappeln b. Spielen/Fernsehen/Hausaufg./Lesen (zutreffendes unterstreichen)	Ja	Nein
Hat Schwierigkeiten, Ordnung zu halten	Ja	Nein
Problematisches Sozialverhalten	Ja	Nein

Missachtet Spielregeln	Ja	Nein
Freundschaften halten nur kurz	Ja	Nein
Kind ist unbeliebt	Ja	Nein
Kind wird gefürchtet	Ja	Nein
Kind wird gemobbt	Ja	Nein
Das Kind ist häufig aggressiv	Ja	Nein

Besucht/e Ihr Kind eine **Nachmittagsbetreuung**? (Name? Von wann bis wann?):

---

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

---