



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und
-psychosomatik

Dr. med. Carola Bindt
Stellv. Klinikdirektorin

Zentrum für Psychosoziale Medizin
Kleinkindsprechstunde 0-6 Jahre

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Gebäude West 35
Telefon: +49 (0) 40 7410-54585
bindt@uke.de

Sekretariat: Steffi Feddersen
s.feddersen@uke.de
Telefon: +49 (0) 40 7410-56389
Fax: +49 (0) 40 7410-40762

Anamnese-Fragebogen für Säuglinge, Klein- und Vorschulkinder

I. Angaben zum Kind

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht

Anschrift

Festnetznummer und Mobilnummer

Emailadresse

Krankenversicherung

Staatsangehörigkeit

Behandelnder Kinderarzt

Körperliche und/oder psychische Erkrankungen beim Vater:

Eltern leben zusammen getrennt
Kind lebt bei beiden Eltern Mutter Vater
 Sonstiges: _____

Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht
 Alleiniges Sorgerecht bei: _____

3. Geschwister (führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

| Name und Vorname des Kindes | Geburtsdatum | Kindergarten/Schule/Beruf | Körperliche oder psychische Probleme |
|-----------------------------|--------------|---------------------------|--------------------------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

Anzahl der Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister), in der das Kind aktuell lebt: _____

4. Schwerwiegende Ereignisse: Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld?

nein

ja

Wenn ja, diese: _____

III. Vorgeschichte

- Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre
- Geplante Schwangerschaft nein ja
- Kinderwunschbehandlung nein ja _____

4. Schwangerschaftskomplikation nein ja, welche: _____

5. Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?

körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

6. Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____

Geburt in Schwangerschaftswoche: _____

7. Apgar-Werte (gelbes Untersuchungsheft): ____/____/____

8. Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt

nein

ja

beim Kind: _____

bei der Mutter: _____

9. Geburtsmodus:

Spontangeburt Zangengeburt Vakuumentextraktion

Geplanter Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt

10. Dauer der Geburt: _____

11. Haben Sie als Mutter/Vater die Geburt als belastend erlebt?

körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

12. Wird/wurde das Kind gestillt?

ja, wie lange _____

nein, weil _____

13. Entwicklung im Kleinkindalter

a) Meilensteine der Entwicklung

freies Sitzen mit _____ Monaten

Laufen mit _____ Monaten

Erste Worte mit _____ Monaten

Erste Sätze mit _____ Monaten

Tags trocken mit _____ Monaten

Nachts trocken mit _____ Monaten

b) Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)

nein

ja, diese: _____

c) Körpermaße

derzeitige Körpergröße Ihres Kindes (bitte messen): _____

derzeitiges Gewicht Ihres Kindes (bitte wiegen): _____

d) Allergien

nein

ja, diese: _____

IV. Vorstellungsanlass

1. Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind in unserer Abteilung vor?

2. Was erhoffen Sie sich von einer Vorstellung in unserer Abteilung?

3. Gab es frühere Vorstellungen/Behandlungen/Beratungen (neben dem Kinderarzt) in Beratungsstellen, Praxen, Kliniken, Jugendamt oder ähnlichem?

nein ja

Wenn ja, wo, wann und aus welchem Grund: _____

4. Bekam oder bekommt Ihr Kind regelmäßige Behandlungen oder Anwendungen?

nein ja, diese: _____

5. Nimmt Ihr Kind Medikamente?

nein ja, diese: _____

V. Betreuung außerhalb der Familie

1. Wird/wurde Ihr Kind außerhalb der Familie betreut?

nein ja

bei/durch: _____

ab welchem Alter _____ Stunden pro Woche

2. Gab/gibt es dabei Probleme?

nein ja

Wenn ja, diese: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!

0 = nicht zutreffend 1 = etwas oder manchmal zutreffend 2 = genau oder häufig zutreffend

- | | | | |
|---|-------|--|-------|
| 47. Ist nervös oder angespannt..... | 0 1 2 | 75. Spielt oder schmiert mit Kot..... | 0 1 2 |
| 48. Hat Alpträume..... | 0 1 2 | 76. Hat Schwierigkeiten beim Sprechen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 49. Ißt zuviel | 0 1 2 | _____ | 0 1 2 |
| 50. Ist immer müde..... | 0 1 2 | 77. Starrt ins Leere..... | 0 1 2 |
| 51. Zeigt ohne erkennbaren Grund panische Angst..... | 0 1 2 | 78. Magenschmerzen oder Bauchkrämpfe (ohne körperliche Ursache)..... | 0 1 2 |
| 52. Hat Schmerzen bei der Verdauung..... | 0 1 2 | 79. Rasche Wechsel zwischen Traurigkeit und starker Freude..... | 0 1 2 |
| 53. Greift andere körperlich an..... | 0 1 2 | 80. Verhält sich seltsam oder eigenartig; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 54. Bohrt in der Nase, zupft oder kratzt an Körperstellen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | _____ | 0 1 2 |
| _____ | 0 1 2 | 81. Ist störrisch, mürrisch oder reizbar..... | 0 1 2 |
| 55. Spielt zuviel an seinen Geschlechtsteilen..... | 0 1 2 | 82. Zeigt plötzliche Stimmungs- oder Gefühlswechsel..... | 0 1 2 |
| 56. Körperbewegungen sind unbeholfen oder schwerfällig..... | 0 1 2 | 83. Schmolzt viel oder ist leicht eingeschnappt..... | 0 1 2 |
| 57. Augenbeschwerden (ohne bekannte körperliche Ursache)..... | 0 1 2 | 84. Redet, weint oder schreit im Schlaf; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 58. Bestrafung ändert nichts an seinem Verhalten.. | 0 1 2 | _____ | 0 1 2 |
| 59. Wechselt sehr schnell von einer Beschäftigung zur nächsten..... | 0 1 2 | 85. Hat Wutausbrüche oder hitziges Temperament | 0 1 2 |
| 60. Hautausschläge oder andere Hautprobleme (ohne bekannte körperliche Ursache)..... | 0 1 2 | 86. Ist zu sehr auf Ordentlichkeit oder Sauberkeit bedacht..... | 0 1 2 |
| 61. Weigert sich zu essen..... | 0 1 2 | 87. Fürchtet sich zu sehr, ist ängstlich..... | 0 1 2 |
| 62. Weigert sich, lebhaftes Spiele mitzuspielen..... | 0 1 2 | 88. Macht nicht mit..... | 0 1 2 |
| 63. Schaukelt wiederholt mit dem Kopf oder dem ganzen Körper hin und her..... | 0 1 2 | 89. Zeigt zu wenig Aktivität, ist zu langsam oder träge.. | 0 1 2 |
| 64. Weigert sich, abends ins Bett zu gehen..... | 0 1 2 | 90. Ist unglücklich, traurig oder niedergeschlagen.. | 0 1 2 |
| 65. Weigert sich bei der Sauberkeitserziehung; Schwierigkeiten bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 91. Ist ungewöhnlich laut..... | 0 1 2 |
| _____ | 0 1 2 | 92. Läßt sich durch unbekannte Menschen oder Situationen aus der Fassung bringen; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 |
| 66. Schreit viel..... | 0 1 2 | _____ | 0 1 2 |
| 67. Scheint nicht auf Zuneigung/Zärtlichkeit zu reagieren..... | 0 1 2 | 93. Erbrechen (ohne bekannte körperliche Ursache). | 0 1 2 |
| 68. Ist befangen oder leicht verlegen..... | 0 1 2 | 94. Wacht nachts häufig auf..... | 0 1 2 |
| 69. Denkt nur an sich, will nicht teilen..... | 0 1 2 | 95. Läuft weg..... | 0 1 2 |
| 70. Zeigt wenig Zuneigung für andere Leute..... | 0 1 2 | 96. Verlangt viel Aufmerksamkeit..... | 0 1 2 |
| 71. Zeigt wenig Interesse für Sachen in seiner Umgebung..... | 0 1 2 | 97. Quengelt | 0 1 2 |
| 72. Zeigt zu wenig Angst vor Verletzungen..... | 0 1 2 | 98. Ist verschlossen, nimmt keinen Kontakt mit anderen auf..... | 0 1 2 |
| 73. Ist ängstlich, schüchtern..... | 0 1 2 | 99. Macht sich zuviel Sorgen..... | 0 1 2 |
| 74. Schläft weniger als die meisten Kinder nachts und/oder tagsüber; bitte beschreiben: _____ | 0 1 2 | 100. Bitte beschreiben Sie hier Probleme ihres Kindes, die bisher noch nicht erwähnt wurden: | 0 1 2 |
| _____ | 0 1 2 | _____ | 0 1 2 |
| | | _____ | 0 1 2 |

BITTE ÜBERPRÜFEN SIE, OB SIE ALLE FRAGEN BEANTWORTET HABEN.

UNTERSTREICHEN SIE BITTE DIEJENIGEN PROBLEME, DIE IHNEN SORGEN MACHEN.

Hat dieses Kind Krankheiten, Behinderungen oder Entwicklungsstörungen? Nein Ja
Bitte beschreiben:

Was macht Ihnen bei diesem Kind am meisten Sorgen?

Bitte beschreiben Sie, was Ihnen an diesem Kind am besten gefällt:

VIELEN DANK!