



Name Arzt / Therapeut der KJP/Ambulanz: \_\_\_\_\_

Termin in der KJP / Erstgespräch am: \_\_\_\_\_

Seite 1/6

## Anamnesebogen für Kinder- und Jugendliche

### I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name und Vorname des Kindes \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Festnetznummer und Mobilnummer \_\_\_\_\_ Emailadresse \_\_\_\_\_

Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin \_\_\_\_\_

### II. Vorstellungsanlass

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Seit wann bestehen die Probleme? \_\_\_\_\_

3. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung in unserer Klinik?

\_\_\_\_\_

### III. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

#### 1. MUTTER

- leibliche Mutter
  Adoptivmutter
  Pflegemutter
  Stiefmutter

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Anschrift (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Telefon- und Mobilnummer Emailadresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

- vollzeit
  teilzeit
  erwerbslos

\_\_\_\_\_  
Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

#### 2. VATER

- leiblicher Vater
  Adoptivvater
  Pflegevater
  Stiefvater

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname Geburtsdatum Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Anschrift (falls abweichend)

\_\_\_\_\_  
Telefon- und Mobilnummer Emailadresse

\_\_\_\_\_  
Beruf

- vollzeit
  teilzeit
  erwerbslos

\_\_\_\_\_  
Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

Eltern leben  zusammen  getrennt

Kind lebt bei  beiden Eltern  Mutter  Vater

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sorgerecht  Gemeinsames Sorgerecht

Alleiniges Sorgerecht bei: \_\_\_\_\_

#### IV. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

Vormund

Wohngruppe

KJND

Sonstiges

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
Anschrift

\_\_\_\_\_  
Telefon- und Mobilnummer

\_\_\_\_\_  
Emailadresse

\_\_\_\_\_  
Seit wann

#### V. Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)

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

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Körperliche oder psychische Probleme

1.

2.

3.

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

Mit untenstehender Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass o.g. Angaben korrekt sind.  
Bei gemeinsamer elterlicher Sorge: Hiermit versichere ich, dass ich die Einwilligung in die ambulante/stationäre Behandlung unseres Kindes mit Einverständnis des nicht anwesenden anderen Elternteils erkläre und dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

Hamburg,

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Mutter / des Vater

\_\_\_\_\_  
Name in Druckbuchstaben

## VI. Vorgeschichte

### 1. Geburt

- a) Alter der Mutter bei Geburt \_\_\_\_\_ Jahre
- b) Geplante Schwangerschaft  nein  ja
- c) Kinderwunschbehandlung  nein  ja
- d) Schwangerschaftskomplikation  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_
- e) 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

Die nächsten Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

- f) Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtslänge: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_
- g) Geburt in Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_
- h) Apgar-Werte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- i) Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt  
 nein  ja beim Kind: \_\_\_\_\_  
 bei der Mutter: \_\_\_\_\_
- j) Geburtsmodus:  Spontangeburt  Zangengeburt  Vakuumentextraktion  
 Geplanter Kaiserschnitt  Not-Kaiserschnitt
- k) Dauer der Geburt: \_\_\_\_\_

### 2. 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: \_\_\_\_\_
- 

### 3. Spielverhalten

- a) Was spielt/unternimmt ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_
- 
- b) Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?  nein  ja
- c) Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?  nein  ja
- d) Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?  nein  ja
- e) Kann ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen?  nein  ja

#### 4. Verhalten und Emotionen

- a) Was beobachten Sie bei Ihrem Kind? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5. Vorschulische Entwicklung

- a) Besuch Krippe  nein  ja  
b) Besuch Kindergarten  nein  ja  
c) Besonderheiten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
d) Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu anderen. Welche Stärken, welche Probleme gab es? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 6. Schulische Entwicklung

- a) Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_  
b) Schule / Schulart? \_\_\_\_\_  
c) Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum? \_\_\_\_\_  
d) Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit? \_\_\_\_\_  
e) Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
f) Wie schätzen Sie die Lernaktivität Ihres Kindes ein? \_\_\_\_\_  
g) Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
h) Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

#### 7. Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

#### 8. Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### 9. Schwerwiegende Ereignisse :

- a) Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld?  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

### VII. Körperliche Gesundheit

- 1) Körpermaße: derzeitige Körpergröße Ihres Kindes (bitte messen): \_\_\_\_\_  
 derzeitiges Gewicht Ihres Kindes (bitte wiegen): \_\_\_\_\_

- 2) Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

- 3) Wurde Ihr Kind schon im Krankenhaus behandelt?  nein  ja
- | Krankenhaus | Alter | Grund der Behandlung |
|-------------|-------|----------------------|
|-------------|-------|----------------------|

1.

2.

- 4) Liegen Allergien vor? Welche: \_\_\_\_\_

### XIII. Therapien/ Vorbehandlungen

- Logopädie  Physiotherapie  Ergotherapie  Arzt  ambulante Psychotherapie  
 teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen  
 Erziehungsberatungsstellen

Bitte bringen Sie ggf. Vorbefunde zum Erstgespräch mit.

Derzeit in Behandlung bei: \_\_\_\_\_

Werden Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e): \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

Ab wann: \_\_\_\_\_

Grund der Verschreibung: \_\_\_\_\_

### IX. Sonstiges:

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme)

Beim Patienten: \_\_\_\_\_

Innerhalb der Familie: \_\_\_\_\_

Vielen Dank fürs Ausfüllen!