KJP-Praxis
am Bonner Markt
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Anamnesebogen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Name des Patienten: **Geb. – Datum(Kind):**

Straße / Haus Nr.: **PLZ / Ort:**

Tel. Nr.: **Handy Nr.:**

Email: **Sorgeberechtigter:**

Hauptversicherter: **Geb. Datum (Hauptversicherter):**

Kinderarzt: **Heutiges Datum:**

Liebe Eltern, liebe Erzieher und Betreuer,

mit diesem Fragebogen möchten wir Ihr Kind und somit unseren Patienten besser kennen lernen. Um Ihnen schneller helfen zu können und um Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich auf die Sprechstunde beim Arzt gut vorzubereiten, möchten wir Sie bitten, diese Fragen zu beantworten.

Bitte markieren Sie Fragen, die Sie mit dem Arzt gerne ausführlicher besprechen möchten!

Eigenanamnese:
In diesem Teil möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes zu nennen.

Daten zur Schwangerschaft: *Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen.*

1. Verlauf: ❑ unauffällig ❑ auffällig

(Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

Geburt:

2. In welcher Schwangerschaftswoche: _____ 3. War die Schwangerschaft erwünscht: ❑ nein ❑ ja

4. Wie war die Entbindung: ❑ spontan ❑ mit Saugglocke ❑ mit der Geburtszange ❑ mittels Kaiserschnitt

5. Gewicht:_____g Länge: _____cm APGAR: _____Punkte Kopfumfang: _____cm

Nabelschnur-PH:_____ *Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft.*

Neugeborenenperiode:

6. Gab es Auffälligkeiten wie: ❑ Gelbsucht ❑ Phototherapie im Zeitraum:_____

❑ Anpassungsstörungen: ❑ Frühchen ❑ Atmungsprobleme ❑ Beatmung

❑ Wärmebettchen ❑ Sepsis / Infektion des Neugeborenen ❑ sonstiges_____

7. Verlegung in andere Klinik? Wenn ja, welche: _____ warum: _____

8. Gestillt ❑ nein ❑ ja, wie lange_____

9. War das Kind ein ❑ Schreikind ❑ ruhiges Kind ❑ sonstiges

_____

Kleinkindperiode:

10. Ab wann konnte das Kind frei laufen? _____

11. Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann Zweiwortsätze?) _____

12. Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase?_____

13. Wann war das Kind trocken? _____

Krabbelgruppe / Kindergarten:

14. Hat das Kind eine Krabbelgruppe besucht? ❑ nein ❑ ja, im Zeitraum: _____

15. Hat das Kind einen Kindergarten besucht bzw. besucht es derzeit eine Kita? ❑ nein ❑ ja, im Zeitraum: _____

16. War/Ist es ein Integrationskind: ❑ nein ❑ ja

17. Hatte/Hat das Kind Trennungsängste? ❑ nein ❑ ja

18. Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe? ❑ nein ❑ ja

19. Gab es dort Auffälligkeiten in der Gruppe? ❑ nein ❑ ja

20. Wer übernahm die Nachmittagsbetreuung? _____

Schullaufbahn:

21. Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant? _____

22. Welche Schulen wurden besucht? _____

_____

_____

_____

_____

_

_____

_

23. In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt? _____

_____

24. Ist das eine Ganztagsschule? ❑ nein ❑ ja

25. Werden die Hausaufgaben in der Schule erledigt oder zu Hause?_____

26. Gibt es Schulprobleme? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

27. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule? _____

28. Welche Fächer sind schwieriger? _____

29. Wie ist die soziale Integration in der Schule? _____

30. Wer übernimmt die Nachmittagsbetreuung? _____

ggf. Berufsausbildung:

31. Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor? _____

32. Wird eine Berufsausbildung/Studium absolviert? ❑ nein ❑ ja, welche/s? _____

33. Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

Freizeitbeschäftigung:

34. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

35. Welche Hobbies werden ausgeübt? _____

36. Wieviel sieht Ihr Kind durchschnittlich fern oder nutzt den PC? _____

Gesundheitszustand:

37. Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? _____

38. Gibt es sonstige Krankheiten/Operationen? _____

_____

39. Welches Ergebnis hatte die letzte ärztliche Untersuchung der Augen?_____

40. Welches Ergebnis hatte die letzte ärztliche Untersuchung der Ohren?_____

41. Sind Allergien bekannt? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

42. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?_____

_____

43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall? ❑ nein ❑ ja

44. Gibt es Drogenerfahrungen? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

45. Gab es bisher schon Therapien? *(z.B. Ergo-, Logo- od. Physiotherapie, ambulante Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, stationärer Aufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung)*

❑ nein ❑ ja, welche? _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

46. Gab es Strafverfahren / Anzeigen? ❑ nein ❑ ja, welche _____

_____

Familienanamnese:

Mutter:	**Vater:**
47. Name:_____	57. Name:_____
48. Geburtsdatum: _____	58. Geburtsdatum:_____
49. Alter: _____	59. Alter: _____
50. Adresse und Telefonnummer:	60. Adresse und Telefonnummer:
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mutter:	**Vater:**
51. Schulabschluss: _____	61. Schulabschluss:_____
52. Ausbildung/Studium:_____	62. Ausbildung/Studium:_____
53. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit): ____	63. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit):
_____	_____
54. Erkrankungen:_____	64. Erkrankungen:_____
_____	_____
55. Psychische Erkrankungen:_____	65. Psychische Erkrankungen: _____
_____	_____
56. Erkrankungen in der Familie: _____	66. Erkrankungen in der Familie:_____
_____	_____

67. Leben die leiblichen Eltern des Kindes zusammen? ❑ nein, seit wann nicht mehr? _____ ❑ ja

68. Gibt es eine(n) neue(n) Lebenspartner/in des Vaters? ❑ nein ❑ ja, seit wann?

_____

Gibt es eine(n) neue(n) Lebenspartner/in der Mutter? ❑ nein ❑ ja, seit wann?

_____

69. Lebt der/die neue Lebenspartner(in) mit im gemeinsamen Haushalt? ❑ nein ❑ ja, seit wann? _____

Geschwister: auch Angaben zu Stief- oder Halbgeschwistern

70. Name: _____	_____	_____	_____
71. Alter: _____	_____	_____	_____
72. Schule: _____	_____	_____	_____

73. Sind auch bei ihnen Verhaltensprobleme aufgetreten? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

_____

Wohnsituation:

74. Wie wohnen Sie? *(Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus, …)*

_____

_

75. Wo wohnt das Kind bzw. der Jugendliche?

_____

76. Hat das Kind sein eigenes Zimmer ? ❑ nein ❑ ja

77. Wohnen Sie in einer kinderfreundlichen Umgebung? ❑ nein ❑ ja

78. Besteht Kontakt zu den Großeltern? ❑ nein ❑ ja

79. Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt? ❑ nein ❑ ja, wie? _____

(Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe, Einzelfallhelfer) _____

_____

Sorgerecht:

80. Wer ist sorgeberechtigt?

❑ Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

❑ Mutter ist allein sorgeberechtigt

❑ Vater ist allein sorgeberechtigt

❑ Sonstige: _____

❑ Gibt es Bereiche des Sorgerechts, die ausgelagert sind? ❑ nein ❑ ja, welche? _____

_____

❑ Jugendamt, Name, Adresse, Tel.-Nr.: _____

_____

❑ Adresse Sorgeberechtigte/r (falls abweichend):

_____

_____

Vorstellungsgrund:

81. Wer hat Ihnen eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik/Behandlung empfohlen? _____

_____

82. Was führt Sie zu uns? _____

_____

_____

83. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

_____

84. Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

❑ nein ❑ ja, wo? _____

_____

85. Sie haben 3 Wünsche frei. Was würden Sie sich für sich, Ihr Kind oder die Familie wünschen?

1._____

2._____

3._____

Ich/wir sind _____mit einer
(Vorname Name)

kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes hier im MEZ einverstanden.

Köln/Bonn, den _____ _____
Unterschrift(en)

Nur von Sorgeberechtigten auszufüllen:

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigter die Einverständniserklärung zur Behandlung unterschreibt, muss diese Zusatzerklärung unterschrieben werden:

Ich_____versichere, dass alle Sorgeberechtigten über die kinder- und
(Vorname Name)
jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf. Behandlung des Kindes hier im MEZ informiert und damit einverstanden sind.

Köln/Bonn, den _____ _____
Unterschrift

Wir danken Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.