

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

II. Angaben zu den Eltern und Geschwistern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

1. Mutter:

☐ leibliche Mutter ☐ Adoptivmutter ☐ Pflegemutter ☐ Stiefmutter

Name und Vorname der Mutter

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

Berufs-/Studienabschluss

derzeit ausgeübter Beruf

Bitte Zutreffendes unterstreichen:

in Elternzeit, ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, erwerbslos, in Ausbildung/Studium bzw. Umschulung, berentet, im Haushalt tätig

Körperliche und/oder psychische Erkrankungen bei der Mutter:

2. Vater:

☐ leiblicher Vater ☐ Adoptivvater ☐ Pflegevater ☐ Stiefvater

Name und Vorname des Vaters

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Schulabschluss

Berufs-/Studienabschluss

derzeit ausgeübter Beruf

Bitte Zutreffendes unterstreichen:

in Elternzeit, ganztags erwerbstätig, Schichtarbeit, regelmäßig teilzeitbeschäftigt, zeitweise beschäftigt, erwerbslos, in Ausbildung/Studium bzw. Umschulung, berentet, im Haushalt tätig

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	Kindergar- ten/Schule/Beruf	Körperliche oder psychische Prob- leme
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

1. Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre

2. Geplante Schwangerschaft ☐ nein ☐ ja

3. 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 ☐ Vakuumentraktion

☐ 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!

Elternfragebogen für Klein- und Vorschulkinder - CBCL/1 1/2-5

NAME (des Kindes): _____		BERUF DER ELTERN: (auch wenn zur Zeit nicht ausgeübt) bitte genaue Bezeichnung, z. B. Autoschlosser, Realschullehrer, Hausfrau, Dreher, Arbeiter, Schuhverkäufer, Bundeswehrhauptmann)
GESCHLECHT: ☐ Junge ☐ Mädchen	BERUFSTÄTIGKEIT DER MUTTER:	
ALTER DES KINDES:	BERUFSTÄTIGKEIT DES VATERS:	
GEBURTSTAG DES KINDES:	DIESER FRAGEBOGEN WURDE AUSGEFÜLLT VON :	
HEUTIGES DATUM:	☐ Mutter ☐ Vater ☐ Andere (genaue Bezeichnung): _____	

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so aus, daß er Ihre Ansichten wiedergibt, auch wenn andere Menschen diese nicht teilen. Zu jeder Frage können Sie gerne an der Seite oder in dem dafür vorgesehenen Raum auf Seite 2 Bemerkungen oder Kommentare schreiben.

Es folgt eine Liste von Eigenschaften, mit denen man das Verhalten von Kindern beschreiben kann. Beantworten Sie bitte für jede Eigenschaft, ob sie jetzt oder innerhalb der letzten 2 Monate bei dem Kind zu beobachten war. Wenn diese Eigenschaft sehr deutlich oder sehr oft zu beobachten war, kreuzen Sie die Ziffer 2 an, wenn die Eigenschaft etwas oder manchmal auftrat, die Ziffer 1, wenn sie für das Kind nicht zutrifft, die Ziffer 0. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen einige unpassend erscheinen.

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

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Es tut ihm häufig etwas weh (ohne körperliche bekannte Ursachen)..... 0 1 2 2. Verhält sich zu jung für sein Alter..... 0 1 2 3. Hat Angst, Neues auszuprobieren..... 0 1 2 4. Vermeidet Blickkontakt..... 0 1 2 5. Kann sich nicht konzentrieren, kann nicht lange aufpassen..... 0 1 2 6. Kann nicht stillsitzen, ist unruhig oder überaktiv... 0 1 2 7. Hält es nicht aus, wenn Sachen nicht an ihrem gewohnten Platz sind..... 0 1 2 8. Kann nicht abwarten, möchte alles sofort..... 0 1 2 9. Kaut auf nicht essbaren Sachen herum..... 0 1 2 10. Klammert sich an Erwachsene oder ist zu abhängig..... 0 1 2 11. Verlangt ständig nach Hilfe..... 0 1 2 12. Leidet an Verstopfung..... 0 1 2 13. Weint viel..... 0 1 2 14. Ist roh zu Tieren oder quält sie..... 0 1 2 15. Ist trotzig..... 0 1 2 16. Seine Wünsche müssen sofort erfüllt werden. 0 1 2 17. Zerstört seine eigenen Sachen..... 0 1 2 18. Zerstört Eigentum anderer..... 0 1 2 19. Hat Durchfall, ohne akut krank zu sein..... 0 1 2 20. Gehorcht nicht..... 0 1 2 21. Läßt sich durch jede Veränderung in den üblichen täglichen Abläufen durcheinanderbringen..... 0 1 2 22. Will nicht allein schlafen..... 0 1 2 23. Antwortet nicht, wenn es von Leuten angesprochen wird..... 0 1 2 24. Ist nicht gut; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 25. Kommt nicht mit anderen Kindern aus..... 0 1 2 26. Verhält sich wie ein kleiner Erwachsener, kann sich nicht kindgerecht freuen..... 0 1 2 | <ol style="list-style-type: none"> 27. Scheint sich nicht schuldig zu fühlen, wenn es sich schlecht benommen hat..... 0 1 2 28. Will die Wohnung nicht verlassen..... 0 1 2 29. Ist schnell frustriert..... 0 1 2 30. Wird schnell leicht eifersüchtig..... 0 1 2 31. Ißt oder trinkt Dinge, die nicht zum Essen/Trinken geeignet sind (Keine Süßigkeiten angeben); bitte beschreiben: _____ 0 1 2 32. Fürchtet sich vor bestimmten Tieren, Situationen oder Plätzen (Kindergarten oder Hort angenommen); bitte beschreiben: _____ 0 1 2 33. Seine Gefühle sind leicht zu verletzen..... 0 1 2 34. Verletzt sich häufig ungewollt, neigt ungewollt zu Unfällen..... 0 1 2 35. Gerät leicht in Raufereien, Schlägereien..... 0 1 2 36. Läßt sich in alles hineinziehen..... 0 1 2 37. Ist bei Trennung von den Eltern übermäßig traurig..... 0 1 2 38. Hat Schwierigkeiten einzuschlafen..... 0 1 2 39. Hat Kopfweg (ohne bekannte körperliche Ursachen)..... 0 1 2 40. Schlägt andere..... 0 1 2 41. Hält den Atem an..... 0 1 2 42. Verletzt Tiere oder Menschen ungewollt..... 0 1 2 43. Sieht traurig aus, ohne daß es dafür einen guten Grund gibt..... 0 1 2 44. Ist ärgerlicher Laune, hat ärgerliche Stimmungen.. 0 1 2 45. Übelkeit (ohne bekannte körperliche Ursachen)..... 0 1 2 46. Hat nervöse Bewegungen oder Zuckungen; bitte beschreiben: _____ 0 1 2 |
|---|---|

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

☐ Nein

☐ Ja

Was macht Ihnen bei diesem Kind am meisten Sorgen?

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

VIelen DANK!