



Name Arzt / Therapeut der KJP/Ambulanz: _____

Termin in der KJP / Erstgespräch am: _____

Anamnesebogen für Kinder- und Jugendliche

Seite 1/6

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
 Hausfrau

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
 Hausfrau

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 Vakuumentraktion
 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!