



Isabell Beck
Kinder- & Jugendlichen-
psychotherapeutin (VT)

Praxis für Kinder- & Jugendlichenpsychotherapie

Anamnesebogen

Allgemeine Daten des Kindes / Jugendlichen

Name, Vorname:	Geschlecht:
Geburtsdatum:	Alter:
Geburtsort und -land:	E-Mail:
Adresse:	Telefon/ Handy:
Kinderarzt / Hausarzt: (Praxis, Anschrift, behandelnder Arzt)	
Krankenkasse:	Liegt eine Einschreibung ins AOK-Hausarztprogramm vor? O ja O nein
Klassenstufe:	Klassenlehrkraft:
Schule: (Schulform, Name der Schule)	Kontaktdaten der Klassenlehrkraft:

Leibliche Eltern:

Elternteil 1	Elternteil 2
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Telefon / Handy:	Telefon / Handy:
E-Mail:	E-Mail:
Sorgerberechtigt: ☐ ja ☐ nein	Sorgeberechtigt: ☐ ja ☐ nein
Erlerner Beruf:	Erlerner Beruf:
Derzeit ausgeübter Beruf:	Derzeit ausgeübter Beruf:
Wöchentliche Arbeitszeit:	Wöchentliche Arbeitszeit:
Darf Elternteil kontaktiert werden? ☐ ja ☐ nein	Darf Elternteil kontaktiert werden? ☐ ja ☐ nein

Adoptiv-, Stief- und Pflegeeltern:

Bezugsperson 1	Bezugsperson 2
Art des Verhältnis zum Kind:	Art des Verhältnis zum Kind:
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Telefon / Handy:	Telefon / Handy:
E-Mail:	E-Mail:
Sorgerberechtigt: ☐ ja ☐ nein	Sorgerberechtigt: ☐ ja ☐ nein
erlernter Beruf:	erlernter Beruf:
derzeit ausgeübter Beruf:	derzeit ausgeübter Beruf:
wöchentliche Arbeitszeit:	wöchentliche Arbeitszeit
Darf Bezugsperson kontaktiert werden? ☐ ja ☐ nein	Darf Bezugsperson kontaktiert werden? ☐ ja ☐ nein

Vormund / Jugendamt / Wohngruppe

Name und Adresse der Einrichtung	Bezugserzieher*in: Name, Vorname:
Telefon / Handy der Einrichtung:	Diensttelefon / -handy:
E-Mail:	E-Mail:
Jugendamt	Vormund
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Zeitraum der Vormundschaft:	Zeitraum der Vormundschaft:

Geschwister und weitere Personen im Haushalt

Name, Vorname	Geburtsdatum:	Verwandtschaftsgrad (z.B. leiblich, Halb- oder Stiefgeschwister)	Anmerkungen/ Beziehung zu Kind

Vorstellungsanlass

Welche Sorgen, Probleme oder Symptome bei Ihrem Kind sind Anlass für Sie, sich an uns zu wenden?

Welche weiteren Symptome bei Ihrem Kind bereiten Ihnen Sorgen?

- | | |
|---|---|
| ☐ Zwänge | ☐ aggressives Verhalten gegenüber anderen |
| ☐ Ängstlichkeit | ☐ aufbrausendes Verhalten, Wutanfälle |
| ☐ Panikattacken | ☐ fehlende Reue bei Konfrontation mit Fehlverhalten |
| ☐ Kontaktprobleme | ☐ Zündeln/ Brandstiftung |
| ☐ Einsamkeit | ☐ Konflikte mit dem Gesetz |
| ☐ Niedergeschlagenheit | ☐ Weglaufen |
| ☐ Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit | ☐ Zerstören von Gegenständen |
| ☐ Rückzug | ☐ Stehlen |
| ☐ Trauer | ☐ Lügen |
| ☐ Selbstmordgedanken | ☐ Missbrauch von Alkohol, Tabletten, Drogen |
| ☐ Selbstverletzung | ☐ Sprachstörungen |
| ☐ Selbstwertprobleme | ☐ Tics |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Einkoten |
| ☐ häufige körperliche Beschwerden | ☐ Einnässen |
| ☐ Konzentrationsstörungen | ☐ Essanfälle |
| ☐ Lern- und Arbeitsstörungen | ☐ Appetitverlust |
| ☐ Unruhe/ Ungeduld | ☐ Erbrechen |
| | ☐ Sonstiges: _____ |

Wann traten die Symptome erstmals auf? _____

Gab es einen oder mehrere Auslöser? _____

Bereits erfolgte Diagnostik & Behandlungen

Wir waren bereits bei folgenden Stellen vorstellig:

- ☐ Psychologische Beratungsstelle
- ☐ Psychiatrische Praxis
- ☐ Arztpraxis
- ☐ Erziehungsberatung
- ☐ Logopädie
- ☐ Schul-Sozialarbeit
- ☐ Jugendamt
- ☐ Klinik
- ☐ Sozialpädagogische Familienhilfe
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Sonstige: _____

Schwangerschaft und Geburt

War es eine geplante Schwangerschaft? ☐ Ja ☐ Nein

Gab es Auffälligkeiten während der Schwangerschaft oder der Geburt? Wenn ja, welche?

Bitte beschreiben Sie mögliche Risikofaktoren während der Schwangerschaft:

- ☐ Drogen
- ☐ Alkohol
- ☐ Nikotin
- ☐ Medikamente
- ☐ Infektion/Fieber
- ☐ Krankenhaus-aufenthalte
- ☐ seelische Erkrankung
- ☐ Stress
- ☐ Diabetes
- ☐ Blutungen
- ☐ Sonstiges _____

Entwicklungsanamnese

Gab es Komplikationen während oder kurz nach der Geburt? Wenn ja, welche?

Gab es für die Eltern nach der Geburt ungewöhnliche Belastungen?

- ☐ Krankenhaus-
aufenthalte ☐ seelische
Erkrankung ☐ Stress ☐ familiäre Konflikte ☐ finanzielle
Sorgen

☐ Sonstige: _____

Beurteilen Sie die Entwicklung Ihres Kindes im Vergleich zu anderen gleichaltrigen Kindern:

- ☐ gleich schnell ☐ rascher ☐ langsamer

Krankheiten

Hatte Ihr Kind jemals folgende Krankheiten oder sonstige körperliche Beschwerden?

- ☐ Asthma ☐ Herzerkrankung ☐ Krampfanfälle ☐ Diabetes
☐ Neurodermitis ☐ Schilddrüsenerk
rankung ☐ Untergewicht ☐ Übergewicht
☐ Sehprobleme ☐ Hörprobleme ☐ Sonstiges: _____

Medikamente

Medikament	Dosierung	seit wann?

Kindergarten

Name des Kindergartens	Zeitraum des Besuchs

Schule

Wurde ihr Sohn/ Ihre Tochter von der Schule zurückgestellt? ☐ Ja ☐ Nein

Welche Schule(n) besuchte Ihr Sohn/ Ihre Tochter bisher?

Name der Schule	Besuch der Schule in welchen Klassenstufen?	Abschluss erhalten?

Hat ihr Sohn eine Klasse wiederholt? ☐ Ja, Klasse _____ ☐ Nein

Macht ihr Sohn/ Ihre Tochter die Hausaufgaben regelmäßig?

☐ Ja ☐ Nein ☐ widerwillig

Was macht Ihr Sohn/ Ihre Tochter in der Freizeit gerne (Hobbys, Sport usw.)?

Welche Medien hat Ihr Sohn/ Ihre Tochter zur Verfügung?

☐ Handy/ Smartphone ☐ Konsole ☐ Fernsehen

☐ Sonstige _____

Medienkonsum in Stunden pro Tag: _____

Familienanamnese

- Eltern leben seit Geburt des Kindes zusammen
- Mutter/ Vater alleinerziehend seit _____
- Eltern leben getrennt seit _____
- Eltern sind geschieden seit _____
- neue Partnerschaft des Vaters seit _____
- neue Partnerschaft der Mutter seit _____
- Gab es eine zwischenzeitliche Trennung, wenn ja in welchem Zeitraum _____

Gibt oder gab es partnerschaftliche Konflikte? Wenn ja, bitte genauer erläutern:

Haben Umzüge stattgefunden? Wenn ja, wann und wie oft:

Gibt es psychische Erkrankungen bei den Eltern, Geschwistern oder Großeltern, anderen Verwandten? Wenn ja, welche und bei wem?

Therapieziele
