

## Anamnesedokumentation

Patient: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte/r: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Leibliche Mutter: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Jetziger Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tägliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std.

Erkrankungen (körperl. oder psychische) \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

Alleinerziehend

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Leiblicher Vater: \_\_\_\_\_ geb: \_\_\_\_\_

Adresse, falls abweichend: \_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Jetziger Beruf/Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Tägliche Arbeitszeit: \_\_\_\_\_ Std.

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

Alleinerziehend

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Familienstand:            Verheiratet                            Getrennt            seit: \_\_\_\_\_

Geschwister:

Vorname

Geburtsdatum

Schulform/Klasse

Erkrankung

Leibliche Geschwister:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Halbgeschwister:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Sozialdienste/Jugendamt: \_\_\_\_\_

Name und Telefon: \_\_\_\_\_

**Warum möchten Sie Ihr Kind in der Praxis vorstellen:**

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

**Was wurde zur Lösung der Probleme schon versucht? Wo haben Sie bereits Ihr Kind vorgestellt? (Bitte Institution und Vorstellungsjahr angeben)**

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

**Eigenanamnese:**

Schwangerschaft

Mehrlingsschwangerschaft

Verlauf: Ungestört

Vorzeitige Wehen

Blutungen

Drohender Abort (Fehlgeburt?)

Erbrechen/Übelkeit

Schwangerschaftsvergiftung

Zigarettenkonsum: \_\_\_\_\_ pro Tag

Alkoholkonsum

Drogenkonsum

Medikamente \_\_\_\_\_

Psychische Belastungen: \_\_\_\_\_

Sonstiges zur Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

**Geburt:**

Termin (SSW): \_\_\_\_\_

Wo erfolgte die Geburt: \_\_\_\_\_

Verlauf: Ungestört

Verzögert

Frühgeburt: \_\_\_\_\_ Woche

Übertragung

Zange/Nabelschnurumschlingung

Kaiserschnitt

Vorzeitiger Blasensprung

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g

Größe \_\_\_\_\_ cm

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

APGAR \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Nach Geburt:

Unkompliziert

Sauerstoffmangel

Brutkasten

Verstärkte Gelbsucht

Krämpfe

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

**Frühkindliche Regulation:**

Schreien/Unruhe (Stunde pro Tag): \_\_\_\_\_

Einschlafstörung

Durchschlafstörung

Stillzeit: \_\_\_\_\_ Monate

Fütterstörung

Trinkschwierigkeiten

**Angaben zur kindlichen Entwicklung:**

Alleine sitzen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Krabbeln mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Alleine gehen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Worte mit: \_\_\_\_\_ Monaten (Mama/Papa)

Erste Zweiwortsätze: \_\_\_\_\_ mit Monaten

Richtig Sprechen mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Sprachstörung: \_\_\_\_\_

Trocken mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Sauber mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Körperliche Erkrankungen/Operationen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Unverträglichkeit: \_\_\_\_\_

Appetit/Schlaf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Förderungen/Therapien hat Ihr Kind bisher und in welchem Jahr erhalten?**

Frühförderung: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: \_\_\_\_\_

Logopädie: \_\_\_\_\_

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

**Kindergarten:**

Kindergartenbesuch:    Nein                            Ja, seit/von bis \_\_\_\_\_

Ggf. Anschrift des Kindergartens: \_\_\_\_\_

Verhalten im Kindergarten (Spiele, Freunde, etc.): \_\_\_\_\_

Störung bei Besuch des Kindergartens:

Trennungsangst

Kontaktstörung

Spielstörung

Aggression

Unruhiges Verhalten

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

**Schulbesuch:**

Alter bei Schuleintritt: \_\_\_\_\_ Jahre

Klassenwiederholung: \_\_\_\_\_ Ja, Klasse \_\_\_\_\_ Nein

Aktueller Schulzweig/Klasse: \_\_\_\_\_

Hat das Kind die Schule gewechselt (außer von Grundschule auf die weiterführende Schule)

Ja                      Nein                      wenn ja warum? \_\_\_\_\_

Lieblingsfächer: \_\_\_\_\_

**Freizeitverhalten:**

Hobbys: \_\_\_\_\_

Medienkonsum: (Fernsehen, Handy, PC, usw.): \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag

**Sorgeberechtigte:**

komplettes Sorgerecht:

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Teile des Sorgerechts: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Vertreter: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Pflegeeltern: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Adoptiveltern: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Wohngruppe: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung:**

Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme eines Fotos für die Patientenakte einverstanden.

Zweibrücken, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin einverstanden, dass mein Kind \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_  
im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zweibrücken zur Diagnostik und Behandlung  
vorgestellt wird.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Andere Sorgeberechtigte: \_\_\_\_\_