



Verena Glatz-Stern

KINDER- UND
JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUTIN

Verena Glatz-Stern
Praxis für Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapie
Niedereschacher Strasse 47
78078 Niedereschach
Tel: 07728.216579
Fax: 07728.644476
Internet www.psychotherapie-stern.de
Email praxis@psychotherapie-stern.de

Anamnesebogen

Die Diagnostiktermine (in der Regel die ersten 3-4 Termine) müssen vormittags vereinbart werden, da die Nachmittagstermine für regelmäßige Therapien benötigt werden. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Kind

Heutiges Datum: _____

Tel.-Nr.: _____

Vor- Nachname: _____

Email: _____

Geb.-Datum (Kind): _____

KK / Hauptversicherer: _____

Straße/Nr. (Kind): _____

Geb.Datum (Hauptvers.): _____

PLZ/Ort (Kind): _____

Kinderarzt: _____

Telefonnummer (Kind): _____

Hat der Kinderarzt Sie zu uns geschickt? Ja / Nein

Wer ist sorgeberechtigt?

- Eltern haben gemeinsames Sorgerecht
 Bei **getrennt** lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht

Name, Adresse, Telefonnummer des anderen sorgeberechtigten Elternteils _____

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon) _____

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei einem Elternteil/Vormund: _____

Nur das Gesundheitsorgerecht liegt bei einem Elternteil/Vormund: _____

Daten zur Schwangerschaft

1. Verlauf: unauffällig auffällig: _____

Zutreffendes bitte unterstreichen: Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

2. War die Schwangerschaft erwünscht, geplant? ja nein

Geburt

3. In welcher Schwangerschaftswoche? _____
4. Wie war die Entbindung? spontan mit Saugglocke mit der Geburtszange Kaiserschnitt
5. Gewicht: _____g Länge: _____cm APGAR: _____Punkte
6. Behandlung auf Intensivstation: ja nein
- (Diese Angaben finden Sie im gelben U-Heft)

Neugeborenenperiode

7. Gab es Auffälligkeiten? _____

Säuglingsperiode

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? (1 Wort, Zweiwortsätze) _____
12. Wie war das Spielverhalten? _____
13. Wann war das Kind trocken? Tags _____ Nachts _____
Wann war das Kind sauber? Tags _____ Nachts _____
Gab es erneute Einnässen/Einkoten im späteren Verlauf? nein ja: _____

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. Hatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz 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

Schullaufbahn

20. Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant? _____
21. Welche Schulen wurden besucht? _____

22. Aktuelle Schule und Klasse/Klassenlehrer _____
23. Besucht das Kind die schulische Nachmittagsbetreuung? nein ja
24. Falls das Kind mittags nach Hause komme: Wer betreut es? _____
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 schwierig? _____
29. Wie ist die soziale Integration in der Schule? _____

ggf. Berufsausbildung

30. Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor? _____
31. Wird eine Berufsvorbereitende Maßnahme/Berufsausbildung/Studium absolviert? nein ja
Welches(S)? _____

Freizeitbeschäftigung

32. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere regelmäßige Freizeitaktivitäten? nein ja, welche? _____
33. a) Was spielt Ihr Kind am liebsten bzw. womit verbringt es hauptsächlich seine Zeit? _____
33. b) Wie oft in der Woche oder im Monat trifft sich Ihr Kind mit Freunden? _____
33. c) Wieviele gute Freunde/innen hat Ihr Kind schätzungsweise? _____
33. d) Bei Schulkindern: An wie vielen Tagen in der Woche liest Ihr Kind in einem Buche? _____
33. e) Machen Sie ein Bettgehritual mit Ihrem Kind? Falls ja, was machen sie zusammen? _____

34. Medienkonsum

(hierzu zählt: Fernsehen, Internet, Computer, Tabletcomputer, Smartphone, Handy, Playstation, Nintendo, X-Box, Wii und alle anderen elektronischen Medien)

Wie viele Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

- Stunden pro Tag an Schultagen Stunden pro Tag an schulfreien Tagen

Gesundheitszustand

35. Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? _____
36. Gibt es sonstige Krankheiten? _____
37. Welches Ergebnis ergab die letzte ärztliche Untersuchung der Augen? _____
Wann war diese _____
38. Welches Ergebnis ergab die letzte ärztliche Untersuchung der Ohren? _____
Wann war diese _____
39. Sind Allergien bekannt? _____
40. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen? _____
41. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall? _____
42. Gab es bisher schon Therapien? nein ja
z.B. Ergo-, Logo-, od. Physiotherapie, ambulante Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, stationäre Aufenthalte, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung,...)

43. Familienanamnese

Mutter _____
Geburtsdatum _____
Alter: _____ Jahre
Schulabschluss _____
Ausbildung/Studium _____

Vater _____
Geburtsdatum _____
Alter: _____ Jahre
Schulabschluss _____
Ausbildung/Studium _____

Wie viele h/Woche arbeiten Sie aktuell u. Was arbeiten Sie?

Wie viele h/Woche arbeiten Sie aktuell u. Was arbeiten Sie?

Eigene Erkrankungen (auch psychisch)

Eigene Erkrankungen (auch psychisch)

Erkrankungen in der weiteren Familie?

Erkrankungen in der weiteren Familien?

Geschwister Ihres Kindes: auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwister

44. Name				
45. Alter				
46. Schule				

47. Sie auch bei ihnen Verhaltensprobleme aufgetreten? nein ja, welche? _____

Wohnsituation

48. Wie wohnen Sie? (Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus,.....)

49. Hat das Kind sein eigenes Zimmer? nein ja

50. Wohnen Sie in einer kinderfreundlichen Umgebung? nein ja

51. Besteht Kontakt zu den Großeltern? nein ja

52. Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt?
(Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe) nein ja, wie _____

53. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? Wer hat Sie geschickt bzw. überwiesen?

54. Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpflegerischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden? nein ja

Bitte noch folgendes ausfüllen (kann nur von Sorgeberechtigten persönlich unterschrieben werden)

Ich _____ versichere, dass alle Inhaber des Sorgerechts mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. psychotherapeutischen Behandlung des Kindes _____ hier in der Praxis Verena Stern einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter **und** Vater

Falls eine Überweisung vorgelegt wurde:

Ich bin (bei gemeinsamen Sorgerecht: alle Inhaber des Sorgerechts sind) einverstanden, dass der überweisende Arzt nach Abschluss der Diagnostik einen kurzen Befundbericht erhält.

Ort, Datum

Unterschrift Mutter **und** Vater

Ausfallhonorar – Wenn Sie eine Sitzung nicht wahrnehmen können

Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass Sie einen vereinbarten Termin mindestens 24 Stunden vor der vereinbarten Zeit absagen. Bei Absagen die später erfolgen, muss ich Ihnen ein Ausfallhonorar in Höhe von €40,- privat in Rechnung stellen.

In meiner Praxis für Psychotherapie vereinbare ich Termine mit Ihnen für einen bestimmten Zeitraum (i.R. 50 Minuten), sodass durch eine kurzfristige Absage zum einen ein wirtschaftlicher Schaden und zum anderen unnötiger Leerlauf entstehen kann. Sollte ich den Termin dennoch belegen können, verzichte ich selbstverständlich auf das Ausfallhonorar.

Ort, Datum

Unterschrift Sorgeberechtigte

Wir danken Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.