



Anamnesefragebogen zur Erstvorstellung

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigte und liebe Jugendliche,
bitte füllen Sie den anliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig aus. Sie können direkt in das PDF schreiben. Senden oder mailen Sie den Fragebogen bitte unterschrieben zurück.

Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name, Vorname des Kindes / Jugendlichen

Geburtsdatum Geschlecht Größe Gewicht

Geburtsort Staatsangehörigkeit

Anschrift

Telefon-Nr. E-Mail

Kinderärzt:in / Hausärzt:in

Krankenversicherung

ePA (elektronische Patientenakte) angelegt widersprochen
Versicherungsstatus des Kindes als Familienmitglied selbst versichert

Hauptversicherte(r) Name, Vorname Geb. Datum

Angaben zum Vorstellungsanlass

Welche Sorgen / Probleme führen Sie in unsere Praxis?

Seit wann treten diese Schwierigkeiten auf?

Was erhoffen Sie sich durch die Behandlung in unserer Praxis?

KONTAKTDATEN



Angaben zu Eltern und Familie

Name, Vorname der Mutter

leibliche Mutter Adoptivmutter Stiefmutter Pflegemutter

Geburtsort Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

ggf. weitere Telefon-Nr. ggf. weitere E-Mail

Erlerner und/oder ausgeübter Beruf

in Vollzeit in Teilzeit nicht erwerbstätig

Körperliche und/oder psychische Erkrankungen

Name, Vorname des Vaters

leiblicher Vater Adoptivvater Stiefvater Pflegevater

Geburtsort Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

ggf. weitere Telefon-Nr. ggf. weitere E-Mail

Erlerner und/oder ausgeübter Beruf

in Vollzeit in Teilzeit nicht erwerbstätig

Körperliche und/oder psychische Erkrankungen

Wohnsituation und Sorgerecht

Die Eltern leben zusammen, seit getrennt, seit geschieden, seit

Das Kind lebt bei den Eltern der Mutter dem Vater Sonstige

Sorgerecht gemeinsam alleinig bei Umgangsrecht

Andere gesetzliche Vertretung (Vormund, Wohngruppe, Sonstige) nein ja

Name der Einrichtung

Anschrift

Telefon-Nr. E-Mail

KONTAKTDATEN



Angaben zu Geschwistern

Namen, Vornamen, Geburtsdatum, Klassenstufe, Wohnort (auch Halb- oder Stiefgeschwister)

Wie viele Geschwister leben mit im Haushalt?

Liegen körperliche und/oder psychische Erkrankungen bei einem oder mehreren Geschwisterkindern vor?

Angaben zur Entwicklung und Vorgeschichte, Schwangerschaft und Geburt

Geplante Schwangerschaft nein ja Alter der Mutter zum Zeitpunkt der GeburtJahre

Kinderwunschbehandlung nein ja

Schwangerschaftskomplikationen nein ja, welche?

Sonstige Schwangerschaftsrisiken.....

Wie haben Sie als Eltern die Schwangerschaft erlebt?

Schwangerschaftswoche zum Zeitpunkt der Geburt Dauer der Geburt.....

Ablauf der Geburt Sontangeburt geplanter Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt

Zangengeburt Vakuumextraktion (Saugglocke)

Geburtsgewicht Geburtslänge Kopfumfang Apgar-Werte/...../.....

Probleme bei oder nach der Geburt beim Kind? nein ja, welche?

Probleme bei oder nach der Geburt bei der Mutter? nein ja, welche?

Wurde das Kind gestillt? nein jaMonate

KONTAKTDATEN

Sophienallee 24 | 20257 Hamburg | Tel: 040 4014343 | Fax: 040 4014344 | E-Mail: praxis@kjpp-sophienallee.de



Entwicklung im Kleinkindalter (mit wieviel Monaten)

Krabbeln..... Laufen erste Wörter erste Sätze

Sauberkeitsentwicklung

Wie war/ist das Temperament des Kindes?

Im ersten Lebensjahr

Heute.....

Hat ihr Kind viel geschrien? nein ja wie oft und wie lange?

Wie konnten Sie ihr Kind beruhigen?

Gab es weitere Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (Essen, Schlafen, Sehen, Hören, Motorik, Wahrnehmung, Beziehung zu Geschwistern, sozialer Kontakt) nein ja, welche?

Gab es in den ersten Lebensjahren Krankheiten, Krankenhausaufenthalte oder Unfälle nein ja, welche?

Entwicklung in Krippe und KITA

Besuch der Krippe nein ja, ab..... Monaten

Besuch der KITA nein ja, ab..... Monaten / Jahren

Bemerkungen (Sozialkontakt, Verhalten?)

KONTAKTDATEN



Entwicklung in der Schule

Einschulung im Alter von Jahren, Schulform..... Klassenstufe

Schulverlauf (Förder- / I-Status, Schulwechsel, Wiederholungen), / Schulabschluss / Aktueller Stand

Schulische Schwierigkeiten (Lernprobleme, soziale Probleme)

Schulische Lernstärken und -schwächen (z. B. Lesen, Schreiben, Rechnen)

Freizeit / familiärer Alltag

Lieblingsbeschäftigungen / Interessen Ihres Kindes

Stärken und Fähigkeiten Ihres Kindes

Welche festen wöchentlichen Termine (Vereine, Sport, Musik) nimmt ihr Kind wahr?

Gestaltung von Freundschaften und Beziehungen

Einschätzung des Gebrauchs von Medien, Social Media, Computerspielen, Playstation, Chats, etc.:

KONTAKTDATEN

Sophienallee 24 | 20257 Hamburg | Tel: 040 4014343 | Fax: 040 4014344 | E-Mail: praxis@kjpp-sophienallee.de



Belastende Ereignisse im sozialen Umfeld

Sind in der Familie oder dem näheren Umfeld Todesfälle, Verluste, schwere Erkrankungen etc.) aufgetreten nein ja

Mögliche Ursachen / Auslöser der Schwierigkeiten / der Problematik

Körperliche Gesundheit des Kindes

Leidet Ihr Kind an Erkrankungen? nein ja, welche?

Bestehende Unverträglichkeiten / Allergien nein ja, welche?

Einnahme von Medikamenten nein ja (welche Medikamente, welche Dosierung?)

Therapien und Vorbehandlungen Bitte ankreuzen, wenn zutreffend

Logopädie Physiotherapie Ergotherapie Fachärztliche KJP Behandlung Psychotherapie
 Behandlung in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen (Klinik, Tagesklinik, Ambulanz)

Sonstige

Aktuelle Behandlungen und Therapien

Sind Sie aktuell in fachärztlicher Kinder- und Jugendpsychiatrischer Behandlung nein ja, seit wann und wo?

Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung nein ja, seit wann und wo?

Aktuelle weitere Hilfsmaßnahmen (Jugendamt, Familienhilfe, Beratungsstellen etc.)

nein ja, seit wann und wo?

KONTAKTDATEN

Sophienallee 24 | 20257 Hamburg | Tel: 040 4014343 | Fax: 040 4014344 | E-Mail: praxis@kjpp-sophienallee.de



Sonstiges

Wenn Sie uns gerne noch etwas Wichtiges zu Ihrem Kind / Ihrer Familie mitteilen möchten, was bisher nicht genannt wurde, nutzen Sie gerne den hier angebotenen Platz.

Bitte haben Sie Verständnis, dass für die Diagnostik oder eine Behandlung bei uns die Einwilligung beider Sorgeberechtigten im Behandlungsvertrag bereits zur ersten Terminvereinbarung / vor dem ersten Termin vorliegen muss.

Bitte bringen Sie die Krankenversicherungskarte und folgende Unterlagen zum ersten Termin mit

- Gelbes Vorsorgeheft
- ggf. Überweisung
- Die letzten beiden Schulzeugnisse in Kopie
- Befunde in Kopie
- Berichte und/oder Fragestellungen in Kopie

Bitte bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben mit Ihrer Unterschrift

.....
Ort, Datum

.....
Unterschriften aller Sorgeberechtigten

Vielen Dank für ihre Mitwirkung.

KONTAKTDATEN

Sophienallee 24 | 20257 Hamburg | Tel: 040 4014343 | Fax: 040 4014344 | E-Mail: praxis@kjpp-sophienallee.de