



### Patientenaufnahme- und anamnesebogen Kinder- und Jugendliche

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Primäre Kontaktdaten Patient*in	Festnetz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Mobil: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Email: _____ AB besprechen erlaubt?
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat  Name der Versicherung: _____ Adresse: _____ Versicherungsnummer: _____
<b>Aktuelle</b> Klasse / Ausbildungsjahr	
Bisher besuchte Kindergärten/ Schulen / Ausbildungen	
Geschwister (Name, Alter, Schulart, Klasse)	

#### Angaben zu den Eltern:

Mutter		Vater	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geboren am		Geboren am	
Adresse		Adresse	
Beruf		Beruf	

#### Kontakt:

Besprechen erlaub?

Handy	Mutter: Vater:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Festnetz	Mutter: Vater:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email	Mutter: Vater:	



Vorstellungsgrund/ aktuelle Beschwerden Ihres Kindes (Verlauf und Beginn der Beschwerden)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Was wurde bislang gegen die Beschwerden bzw. die Probleme unternommen?

---

---

---

---

Gab oder gibt es Besonderheiten in der Entwicklung (ab der Schwangerschaft bis heute)?

---

---

---

---

Bitte listen Sie in der folgenden Tabelle alle wichtigen Krankheiten, Unfälle, Verletzungen und Operationen Ihres Kindes auf:

Alter	Krankheit/ Unfall/ Operation	Zurückgebliebene Folgen

Wie groß und wie schwer ist Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ m

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind aktuell ein? \_\_\_\_\_

---

Gab es im Leben Ihres Kindes besondere/ belastende Lebensereignisse?

Umzug       Schulwechsel  Mobbing       Trennung der Eltern

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



Hat oder Hatte Ihr Kind Suizidgedanken?

ja  nein

zuletzt: \_\_\_\_\_

Gab es jemals einen Suizidversuch?

ja  nein

Gab oder gibt es selbstverletzendes Verhalten?

ja  nein  zuletzt: \_\_\_\_\_

Bitte beschreiben sie dieses Verhalten kurz: \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig kommt es vor? \_\_\_\_\_

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol?

ja  nein

Was trinkt ihr Kind und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Raucht Ihr Kind?

ja  nein

Wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Drogen?

ja  nein

Was konsumiert Ihr Kind und wie viel durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon einmal eine ambulante oder stationäre Psychotherapie in Anspruch genommen?

Monat / Jahr	Einrichtung	Art der Behandlung

Ist eine stationäre Behandlung geplant?  ja  nein

Welche Stärken und Fähigkeiten hat Ihr Kind?

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

Momentane Hobbies und Interessen:

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

Wie viele Freundschaften pflegt Ihr Kind und sind diese beständig?

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



Falls es Geschwister gibt: Wie würden sie die Beziehung zwischen Ihren Kindern beschreiben?

---

---

---

Befand oder befindet sich ein Geschwisterkind in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

---

---

Hier finden Sie Platz, für Hinweise und Informationen, die in den vorherigen Fragen nicht explizit abgefragt wurden, Sie aber als wichtig empfinden:

---

---

---

---

---

---

---

---

Zu welchen Zeiten ist es Ihrem Kind möglich, für eine längerfristige Therapie jede Woche einen festen Termin wahrzunehmen? Bitte geben Sie auch an, wenn Elterntermine nicht zu den gleichen Zeiten möglich sein sollten.

Montag \_\_\_\_\_

Dienstag \_\_\_\_\_

Mittwoch \_\_\_\_\_

Donnerstag \_\_\_\_\_

Vielen Dank!

Bitte lassen sie die nachfolgenden Fragen von der jeweils genannten Person am Anfang der Seite selbst ausfüllen.



**Mutter:**

Haben Sie selbst gesundheitliche Probleme und wenn ja welche?

---

---

---

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Kind beschreiben?

---

---

---

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?

---

---

---

Gibt es besondere Herausforderungen in der Beziehung zu Ihrem Kind?

---

---

---

Wie würden Sie ihren Erziehungsstil beschreiben bzw. auf was legen Sie in Ihrer Erziehung besonders viel wert?

---

---

---

Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie Ihre eigene Kindheit und die Beziehung zu Ihren Eltern erlebt haben:

---

---

---

---

---

---

Was wünschen Sie sich von der Therapie Ihres Kindes und was soll ggfs. auf keinen Fall passieren oder thematisiert werden?

---

---

---



Vater

Haben Sie selbst gesundheitliche Probleme und wenn ja welche?

---

---

---

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Kind beschreiben?

---

---

---

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind?

---

---

---

Gibt es besondere Herausforderungen in der Beziehung zu Ihrem Kind?

---

---

---

Wie würden Sie ihren Erziehungsstil beschreiben bzw. auf was legen Sie in Ihrer Erziehung besonders viel wert?

---

---

---

Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie Ihre eigene Kindheit und die Beziehung zu Ihren Eltern erlebt haben:

---

---

---

---

---

---

Was wünschen Sie sich von der Therapie Ihres Kindes und was soll ggfs. auf keinen Fall passieren oder thematisiert werden?

---

---

---



Liebe/r \_\_\_\_\_

Ich bitte dich, mir die unten angeführten Fragen aus Deiner Sicht zu beantworten. Alle von Dir gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

**Aktuelle Probleme: Warum kommst Du hierher?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Das habe ich bereits gegen meine Probleme versucht?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**So läuft es in der Schule:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Hobbies und Interessen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**So läuft es zu Hause:**

---

---

---

---

---

---

---

---



Das wünsche ich mir von der Therapie:

---

---

---

---

---

---

---

---

Das soll auf keinen Fall passieren oder besprochen werden:

---

---

---

---

---

---

---

---

Möchtest du selbst eine Therapie machen, oder kommst du auf Wunsch anderer zu mir?

---

---

---

Wie motiviert bist du, über mehrere Monate an einer wöchentlich stattfindenden Therapie teilzunehmen? (10 = sehr motiviert, 1 = ich habe überhaupt keine Lust)

---

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10