



Patientenaufnahme- und anamnesebogen für Kinder- und Jugendliche sowie junge Erwachsene

Liebe Eltern, liebe Familien, liebe Patient*innen,
 auf den nachfolgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen, die mir eine differenzierte Anamneseerhebung sowie Diagnostik und ggfs. spätere Einleitung einer Therapie bei der Krankenkasse deutlich erleichtern. Ich freue mich, wenn Sie sich Zeit nehmen die Fragen zu beantworten. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass alle Angaben auf einer freiwilligen Basis erfolgen sollen und es völlig in Ordnung ist, wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten.

Hinweis für Jugendliche und junge Erwachsene: Da ich auch sehr viele junge Patient*innen behandle, werden die anfänglichen Fragen häufig von den Eltern oder Bezugspersonen ausgefüllt. Lasst euch durch die Formulierung „Ihr Kind“ bitte nicht irritieren. Selbstverständlich kann auch der ganze Fragebogen von euch selbst ausgefüllt werden. In diesem Fall möchte ich darauf hinweisen, dass ihr selbst entscheiden dürft, inwieweit ihr eure Eltern in die Therapie einbeziehen wollt und ob ihr den Teil des Fragebogens, der für eure Eltern vorgesehen ist, von ihnen ausfüllen lassen möchtet oder nicht.

Hauptfragebogen ausgefüllt von: _____ Datum: _____

1. Patient*innendaten:

Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Adresse	_____
Erreichbar über Telefon	_____ <input type="checkbox"/> AB darf besprochen werden
Handy	_____ <input type="checkbox"/> AB darf besprochen werden
E-Mail (falls gewünscht)	_____
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat Name der Versicherung: _____ Versicherungsnummer: _____ Hauptversicherte*r: _____

Aktuelle Schule inklusive Klasse, Kindergarten oder Beruf: _____

Angaben zur Wohnsituation (mit wem wohnt der/die Patient*in zusammen): _____

Welche Bezugspersonen, Institutionen und Ärzte sollen ggfs. in die Behandlung einbezogen werden?:

Hinweis: Bringen Sie Vorbefunde gerne bereits als Kopie zum vereinbarten Termin mit.



2. Familiensituation

Angaben zu den leiblichen Eltern (Bei Pflege- oder Adoptiveltern, sowie neuen Partner*innen der Eltern bitte ich um entsprechende Ergänzungen am Ende des Fragebogens unter „7. Ergänzende Informationen“):

Mutter		Vater	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geboren am		Geboren am	
Beruf		Beruf	
Familienstand inkl. relevanter Hinweise		Familienstand inkl. relevanter Hinweise	
Wie sind Sie erreichbar?		Wie sind Sie erreichbar?	

Angaben zu den leiblichen Geschwistern (Sollte es mehr als zwei leibliche Geschwisterkinder geben finden Sie am Ende des Fragebogens unter „7. Ergänzende Informationen“ ausreichend Platz, um die entsprechenden Informationen zu hinterlegen)

Name, Vorname		Name, Vorname	
Geboren am		Geboren am	
Schule/ Klasse/ Beruf		Schule/ Klasse/ Beruf	
Wo lebt das Kind?		Wo lebt das Kind?	
Wichtige Hinweise		Wichtige Hinweise	

Angaben zu Stiefgeschwistern, Halbgeschwistern und Pflegekindern (Name, Alter, wo lebt das Kind?):

Falls es Geschwister gibt: Wie würden Sie die Geschwisterbeziehung beschreiben?



Befand oder befindet sich ein Geschwisterkind in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung und wenn ja, warum?

Hatten oder haben Sie Kontakt mit dem Jugendamt und wurden oder werden Sie bspw. durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe unterstützt? Warum gab es Kontakt mit dem Jugendamt?

Gibt es (sonstige) Besonderheiten oder Herausforderungen im Familiensystem?

3. Vorstellungsanlass

Welcher Anlass führt zum Aufsuchen einer Psychotherapeutischen Sprechstunde?

Seit wann besteht die Belastung (Jahr, Alter, Klasse)? _____

Die Beschwerden traten ganz plötzlich auf schleichend mit ca. ____ Jahren/ ____ Klasse

Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten der Symptomatik zusammenfielen?

Wann und wo tritt das Verhalten/ die Symptomatik besonders auf?

Wann und wo tritt die Symptomatik wenig stark oder gar nicht auf?



Was wurde bislang gegen die Beschwerden unternommen?

Wie gehen Sie als Eltern oder das Umfeld mit der Symptomatik um?

Inwieweit ergeben sich aus der Symptomatik Belastungen oder Beeinträchtigungen im Alltag der betroffenen Person, in der Entwicklung oder auch im (familiären) Umfeld?

Wurde schon einmal eine ambulante oder stationäre Psychotherapie in Anspruch genommen?

Monat / Jahr	Einrichtung	Art der Behandlung	Anlass

Ist eine stationäre Behandlung geplant? ja nein

Wenn ja, wo? _____

4. Entwicklungsverlauf

Schwangerschaft

War die Schwangerschaft erwünscht ja nein

Entbindung erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche.

Geburtsgewicht: _____; Geburtsgröße: _____; Apgar-Wert: _____

Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____ Anzahl bisheriger Geburten: _____

Gabe es Herausforderungen während der Schwangerschaft? _____

Gab es Komplikationen bei der Geburt?: _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamente zu sich genommen? Wenn ja, welche: _____

Sonstiges: _____

Frühkindliche Entwicklung

Wie würden Sie Ihr Kind als Baby beschreiben?: _____

Gab es besondere Herausforderungen (bspw. Schreibbaby): _____

Angaben zum Schlafverhalten: unauffällig auffällig (bitte Angabe) _____

Angaben zum Essverhalten: unauffällig auffällig (bitte Angabe) _____

Statomotorische Entwicklung:

Krabbeln mit _____ Monaten

Laufen mit _____ Monaten

Sonstige Auffälligkeiten: _____



Sprachentwicklung:

Erste Worte mit: _____ Monaten
 erste Sätze mit _____ Monaten
 Sonstige Auffälligkeiten: _____

Sauberkeitsentwicklung:

tagsüber abgeschlossen mit _____ Jahren
 nachts abgeschlossen mit _____ Jahren
 Sonstige Auffälligkeiten: _____

Trennungängste: unauffällig auffällig (bitte Angabe) _____

Gab oder gibt es sonstige Besonderheiten oder Auffälligkeiten in der Entwicklung?

Gibt es (chronische) Vorerkrankungen: _____

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

Alter	Krankheit/ Unfall/ Operation	Zurückgebliebene Folgen

5. Weitere Angaben

Angaben zur Größe und Gewicht: _____ kg _____ m

Angaben zum aktuellen Schlafverhalten: unauffällig auffällig (bitte Angabe) _____

Aktuelles Essverhalten: unauffällig auffällig (bitte Angabe) _____

Werden regelmäßig Medikamente eingenommen?:

ja (welche und warum?) _____
 nein

Gab es im Leben Ihres Kindes besondere/ belastende Lebensereignisse?

Umzug Schulwechsel Mobbing Erfahrungen Klassenwiederholungen _____
 Trennung der Eltern Tod: _____ 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? _____



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 (körperlich und/oder psychisch)?

Gibt es in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, ...) körperliche/psychische (Vor-)Erkrankungen?

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

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Kind beschreiben?

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?

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind (allgemein)?

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 (körperlich und/oder psychisch)?

Gibt es in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, ...) körperliche/psychische (Vor-)Erkrankungen?

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

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Kind beschreiben?

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?

Was wünschen Sie sich für Ihr Kind (allgemein)?

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



Patient*in

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

Wie möchtest du von mir angesprochen werden? (Erklärung: Manche Menschen möchten mit einem anderen Namen angesprochen werden als der, der auf der Geburtsurkunde hinterlegt ist oder ihnen ist es wichtig, dass bestimmte Pronomen verwendet werden)

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:

Gibt es bestimmte Fragen oder Themen, die in der Therapie beantwortet oder thematisiert werden sollen?

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