



Anamnestischer Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern,
mit dem Ausfüllen dieses Fragebogens helfen Sie uns, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Problemen im täglichen Miteinander eher verstehen und einordnen zu können. So schaffen Sie die Grundlage dafür, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Außerdem hilft uns ein solcher Fragebogen Zeit einzusparen und Ihnen ein von vielen als lästig empfundenen Abfragen zu ersparen. In einem Anamnesegespräch können Sie Ihre Antworten in diesem Fragebogen noch ergänzen und erweitern.

Wir wissen aber auch, dass der vorliegende Fragebogen zur Entwicklung Ihres Kindes sowie zu Angaben über Ihre Familie etwas unpersönlich wirkt und Ihnen zum Teil so erscheinen muss, als ob er zu wenig auf Ihre augenblicklichen Sorgen und Nöte eingeht. Trotzdem bitten wir Sie, alle Fragen gewissenhaft zu beantworten. Die Daten und Informationen werden vertraulich behandelt und fallen unter die ärztlichen / psychotherapeutischen Schweigepflicht.

Sie können uns den ausgefüllten Fragebogen mitbringen bzw. Ihrem Kind mitgeben oder auch zusenden.

Per Post an folgende Adresse:

Praxis Mohammad Ali Ghalam Karan
Tizianplatz 31
64546 Mörfelden-Walldorf

Vielen Dank!
Ghalam Karan, Mohammad Ali
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
Magister Pädagoge

Anamnestischer Elternfragebogen



Anamnestischer Elternfragebogen

Heutiges Datum:

1.1. Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Straße : _____

PLZ, Wohnort : _____

Telefon : _____ Handy : _____ E-Mail-Adresse : _____

Überwiesen von : _____

Adresse : _____

Hausarzt : _____

Adresse : _____

Kind lebt bei:

Eltern Mutter Vater Adoptiveltern Pflegeeltern Einrichtung

Sorgerecht:

gemeinsam Mutter Vater Sonstige: _____

Daten der Krankenversicherungskarte (einfach von den Karten abschreiben)

Karte des Kindes:

Name der Krankenkasse: _____ Kassenummer: _____

Versichertennummer : _____ Status: _____

Karte des Elternteils, bei dem das Kind mitversichert ist

Name: _____ Versichertennummer: _____

Geburtsdatum: _____

1.2. Wo und wann wurde das Kind wegen der augenblicklichen Probleme bzw. Erkrankung schon mal vorgestellt? (z.B. Erziehungsberatung, Arzt, Logopädie, Ergotherapie, Krankenhaus, Psychologe)

a) _____ Jahr : _____

b) _____ Jahr : _____

c) _____ Jahr : _____

d) _____ Jahr : _____



1.3. Schildern Sie bitte die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

1.4. Geben Sie bitte eine kurze Beschreibung Ihres Kindes.

Was gefällt Ihnen an ihm besonders?

Was mögen Sie an ihm nicht so richtig?

1.5. Worunter leidet Ihr Kind? Worunter leiden Sie als Eltern? Was haben Sie bisher zur Lösung der Probleme unternommen?

1.6. Welche Hoffnungen und Ziele verbinden Sie mit einer psychotherapeutischen Behandlung Ihres Kindes?



2. Familienanamnese:

2.1. Beziehungsstatus der Eltern:

verheiratet getrennt geschieden sonstig zusammenlebend verwitwet

Datum:

Eltern:

2.2. Leibliche Mutter des Kindes:

Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____

Straße & Hausnummer PLZ & Wohnort:

Telefonnummern (fest / mobil):

E-Mail:

Schul- und Berufsausbildung:

jetziger Beruf

Arbeitszeiten:

Arbeitgeber: _____ Versichert bei: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Religionszugehörigkeit: _____ Staatsangehörigkeit: _____

2.3. Eltern der Mutter:

Vater: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Mutter: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

2.4. Leiblicher Vater des Kindes:

Vor- und Zuname: _____ geb. am: _____

Straße & Hausnummer PLZ & Wohnort:

Telefonnummern (fest / mobil):

E-Mail:

Schul- und Berufsausbildung:

jetziger Beruf

Arbeitszeiten:

Arbeitgeber: _____ Versichert bei: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Religionszugehörigkeit: _____ Staatsangehörigkeit: _____

2.5. Eltern des Vaters:

Vater: Alter: _____ Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Mutter: Alter: _____ Beruf: _____

Chiffre:

Datum:

Seite 4 von 12



Schwere Erkrankungen: _____



2.6. Adoptiv-, Pflege- oder Stiefvater : (Zutreffendes bitte unterstreichen .)

Daten bitte eintragen sowie unter Angaben wie Leiblicher Vater des Kindes)

2.7. Adoptiv-, Pflege- oder Stiefmutter: (Zutreffendes bitte unterstreichen.)

(Daten bitte eintragen sowie unter Angaben wie Leibliche Mutter des Kindes:)

2.8. Familienstand:

Wann erfolgte die Eheschließung:

Sind Sie getrennt lebend, geschieden, wiederverheiratet, verwitwet? (Zutreffendes bitte unterstreichen.)

Wenn ja, seit wann:

Wenn ja, Vater/Mutter?

2.9. Geschwister des Kindes

Informationen zu leiblichen Geschwistern (auch „Halbgeschwister“)

Ergänzen Sie bitte entsprechend dem folgenden Beispiel die Angaben zu Vorname, Geburtsdatum, ... (bei Stiefgeschwistern bitte ein „S“ vor den Namen schreiben) Vorname

	Geb. Datum	Schulart	Ein-schulung	Klassen-Wdh.	Berufs-Ausbildung	Wohnt zu Hause? Ja/Nein
Beispiel UWE	1.05.1975	Grundschule	6 J.	1x	---	Ja/Nein

Gab oder gibt es in der Familie des Kindes und in den Familien der leiblichen Eltern schwere Erkrankungen (Krebs, MS, ...), insbesondere auch seelische Erkrankungen (z.B. Ängste, Schizophrenie, Depressionen, Süchte ...)?



3. Patientenvorgeschichte:

3.1. Fragen zur Schwangerschaft:

- War die Schwangerschaft geplant? JA Nein
War Ihr Kind ein Wunschkind? JA Nein

Gab es während der Schwangerschaft körperliche oder seelische Komplikationen, insbesondere bei der Mutter bzw. in der Familie? (z.B. Blutungen, Schwangerschaftsvergiftung (Gestose), drohender Verlust des Kindes (Abort), Tod eines Angehörigen, ängstigende Situationen, ...) Falls ja, bitte beschreiben Sie diese.

- Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht? JA Nein
Hat die Mutter Alkohol getrunken? JA Nein
Hat die Mutter Medikamente genommen? JA Nein
Hat die Mutter Drogen genommen? JA Nein

3.2. Geburtsanamnese / Fragen zur Geburt

Alter der Mutter bei der Entbindung:

In der wievielten Schwangerschaftswoche kam ihr Kind zur Welt? SSW
Errechneter Termin:..... Vorzeitig.....Tage/Woche Übertragung.....Tage/Woche

Wo kam Ihr Kind auf die Welt?

Wie kam Ihr Kind auf die Welt?

- ungestört (spontan) protrahiert (Geburt hat länger als 10 Stunden gedauert)
 Lageabweichung Zangengeburt Nabelschnurumschlingung
 Kaiserschnitt (sectio) vorzeitiger Blasensprung Saugglocke
 Sonstiges, bitte beschreiben:

3.3. Verlauf nach der Geburt

- Geburtsgewicht g -größecm Kopfumfang.....cm
 APGAR
 unkompliziert Brutkasten Krämpfe Gelbsucht (Ikterus)
 Asphyxie (Atemschwierigkeiten/-stillstand in Folge von Sauerstoffmangel)
 Sonstiges, bitte beschreiben:

Bitte beschreiben: Wie ging es der Mutter nach der Geburt?

3.4. Frühkindliche Regulation

- Hat Ihr Kind als Säugling viel geschrien? JA Nein
Wenn ja, wie viele Stunden pro Tag
Konnte Ihr Kind zwischen ½ Jahr und 2 Jahren gut einschlafen oder hatte es dabei Schwierigkeiten? JA Nein
Hat Ihr Kind in dieser Zeit durchgeschlafen? JA Nein
Wurde Ihr Kind gestillt? Bis zu welchem Alter? JA Nein
Hat ihr Kind gut getrunken oder Nahrung verweigert?
gut getrunken JA Nein



Nahrung verweigert

JA

Nein

3.5. Kindliche Entwicklung

Mit wie vielen Monaten/Jahren konnte Ihr Kind alleine sitzen?

Mit wie vielen Monaten/Jahren konnte Ihr Kind alleine laufen?

Mit wie vielen Monaten/Jahren sprach Ihr Kind die ersten Worte?

Mit wie vielen Monaten/Jahren sprach ihr Kind die ersten Zwei-Wort-Sätze?

Mit wie vielen Monaten/Jahren konnte Ihr Kind in ganzen Sätzen sprechen?

Hatte Ihr Kind beim Sprechen besondere Schwierigkeiten?

Wenn ja, welche?

In welchem Alter war Ihr Kind *tagsüber* trocken und sauber ?

In welchem Alter war Ihr Kind *nachts* trocken und sauber ?

Gab es bis zum Alter von drei Jahren schwere Erkrankungen oder bestimmte Entwicklungsverzögerungen?

JA

Nein

Wenn ja, welche? Motorik (Fein- Und Grobmotorik) Sprache Sauberkeit

Sonstiges:

War Ihr Kind bis zum Alter von 6 Jahren von seinen Bezugspersonen jemals über mehrere Tage getrennt (z.B. durch Krankenhausaufenthalt, ...) ?

JA

Nein

Wenn ja, in welchem Alter und wie lange?

3.6. Kinderkrippe

Hat Ihr Kind eine Kinderkrippe besucht?

JA

Nein

Wenn Ja, wie alt war Ihr Kind bei Eintritt und Verlassen der Kinderkrippe?

Eintrittsalter :

Austrittsalter:

Hat Ihr Kind beim Eintritt Anzeichen von Trennungsängsten gezeigt? JA

Nein

Wenn ja, wie lange hat es gedauert, bis die Ängste nicht mehr auftraten?

Haben Sie von den ErzieherInnen in der Krippe Rückmeldungen erhalten über ihr Kind?

Wenn ja, welche?

3.7. Kindergarten

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht?

JA

Nein

Wenn Ja, wie alt war Ihr Kind bei Eintritt und Verlassen des Kindergartens?

Hat Ihr Kind beim Eintritt Anzeichen von Trennungsängsten gezeigt? JA

Nein

Wenn ja, wie lange hat es gedauert, bis die Ängste nicht mehr auftraten?

Womit hat sich ihr Kind besonders gerne beschäftigt?

Wie gut war Ihr Kind in die Kindergartengruppe integriert?

gut

mäßig

ausreichend

schlecht

Haben Sie von den ErzieherInnen im Kindergarten Rückmeldungen erhalten über ihr Kind?

JA

Nein



Wenn ja, welche?

3.8. Schule

(Alter:), (Schuljahr:)

Ist Ihr Kind zeitgerecht eingeschult worden?

JA

Nein

Wenn Nein, warum?

Welche Schulen hat Ihr Kind bisher besucht?

Name der Schule, Grund des Austritts	Besuch von ... bis ...
Welche Klassenstufe besucht Ihr Kind zur Zeit?	
Name der Schule, Schulform:	
Anschrift der Schule:	

Wie sind die **Leistungen** Ihres Kindes?

Gab es so etwas wie einen Leistungsknick, bei dem die Leistungen in kurzer Zeit stark abgefallen sind?

JA

Nein

Wenn Ja, wann?

Welche Fächer mag Ihr Kind besonders gerne?

Welche Fächer kann ihr Kind nicht leiden?

Wie viele Fehltage hat ihr Kind im laufenden bzw. vergangenen Schuljahr?

Wie würden Sie das Verhältnis Ihres Kindes zu seinen MitschülerInnen beschreiben?

gut

mäßig

ausreichend

schlecht

Wie würden Sie das Verhältnis Ihres Kindes zu seinen LehrerInnen beschreiben?

gut

mäßig

ausreichend

schlecht

3.9. Trennung des Kindes von den Eltern:

(z.B. Heim- und Internatsaufenthalte, Krankenhausaufenthalte)

Trennung von	Der Mutter	Dem Vater	Anlass / Grund
1. Lebensjahr	Ja / Nein	Ja / Nein	
2.-- 4. Lebensjahr	Ja / Nein	Ja / Nein	
5.-- 9. Lebensjahr	Ja / Nein	Ja / Nein	
Ab 10. Lebensjahr	Ja / Nein	Ja / Nein	



--	--	--	--



4. Sonstige Fragen

Wie schläft ihr Kind?

Hatte Ihr Kind nach dem dritten Lebensjahr schwere Erkrankungen? JA Nein
Wenn Ja, welche und wann?

Musste Ihr Kind jemals operiert werden? JA Nein
Wenn Ja, wo und wann?

Menarchealter (Alter der ersten Periode) (bei Mädchen)

Ist die Periode seitdem irgendwann über mehr als drei Monate ausgeblieben? JA Nein
Wenn Ja, wann?

Hat(te) Ihr Kind Allergien? JA Nein
Wenn Ja, welche und seit wann?

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? JA Nein
Wenn Ja, welche und seit wann?

Raucht Ihr Kind? JA Nein
Wenn Ja, wie viel und seit wann?

Trinkt Ihr Kind regelmäßig Alkohol? JA Nein
Wenn Ja, wie viel und seit wann?

Hat Ihr Kind schon Mal Drogen genommen? JA Nein
Wenn Ja, was, wie viel und wann?

Hat sich Ihr Kind schon Mal selbst verletzt (z.B. Ritzen)? JA Nein
Wenn Ja, wie, wie oft und seit wann?

Hat Ihr Kind schon Mal geäußert, dass es nicht mehr Leben möchte? JA Nein
Wenn Ja, wann, wie oft, beschreiben Sie bitte die Umstände, in denen Sie davon erfahren haben?

Hat Ihr Kind schon Mal einen **Suizidversuch (Selbstmordversuch)** unternommen?
Wenn Ja, wann, wie hat er/sie das versucht? JA Nein

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? JA Nein

Hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher? JA Nein

Hat Ihr Kind eine eigene Spielekonsole? JA Nein

Hat Ihr Kind einen eigenen Computer? JA Nein

Gibt es Haustiere im Haushalt? JA Nein

War Ihr Kind schon einmal in einer *stationären* psychiatrischen Behandlung?

Wenn Ja,

in welcher Klinik:

Zeitraum:

aus welchem Grund:



War Ihr Kind schon einmal in einer *ambulanten* psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung?

Wenn Ja,

Wo/ bei wem:

Zeitraum:

aus welchem Grund:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt:

von der Mutter

JA / Nein

von dem Vater

JA / Nein

von beiden Eltern

JA / Nein

anderer Person: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!