



Gemeinschaftspraxis für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Mainz-Gonsenheim

Anamnesebogen

Persönliche Daten - Patient*in

Name, Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Festnetz

Handy

Email

Wer hat den Bogen ausgefüllt?

Wer hat den Besuch bei uns angeregt?

Überweisende Ärztin / überweisender Arzt:

Name

Telefon

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Haus- bzw. Kinderarzt /-ärztin:

Name

Telefon

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Sorgeberechtigte

Wer ist sorgeberechtigt? Bitte ankreuzen.

Beide Eltern ☐ Elternteil 1 ☐ Elternteil 2 ☐ Andere ☐

Eingeschränktes Sorgerecht oder Teilsorgerechte bitte angeben:

Elternteil 1

Name, Vorname	Geburtsdatum	Nationalität
---------------	--------------	--------------

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Festnetz	Handy	Email
----------	-------	-------

Berufliche Tätigkeit

Elternteil 2

Name, Vorname	Geburtsdatum	Nationalität
---------------	--------------	--------------

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Festnetz	Handy	Email
----------	-------	-------

Berufliche Tätigkeit

Familienstand der Eltern

verheiratet seit	getrennt seit
------------------	---------------

geschieden seit	verwitwet seit
-----------------	----------------

Andere

Name, Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Adresse (Straße, PLZ, Ort)

Festnetz

Handy

Email

In welcher Beziehung stehen Sie zum Patienten / zur Patientin?

Geschwister / Halbgeschwister

Geburtsdatum (Ältestes zuerst)	Name	Geschlecht (w/m/d)	Wohnort

War eines der Geschwister bereits in kinder- und jugendpsychiatrischer /-psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bitte kurz erläutern.

Warum wird die Patientin / der Patient bei uns vorgestellt?

Über welches Verhalten der Patientin / des Patienten machen sich die Menschen aus der nächsten Umgebung Sorgen?

Hat die Patientin / der Patient schon einmal wegen psychischer Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten therapeutische Hilfe in Anspruch genommen? Wenn ja, wann und wo?

Befindet sich die Patientin / der Patient derzeit in anderer sozialpsychiatrischer Behandlung? Wenn ja, wo und seit wann?

Gab es oder gibt es bereits Kontakt zum zuständigen Jugendamt? Wenn ja, bitte näher erläutern.

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Gab es Komplikationen während oder nach der Geburt? Wenn ja, welche?

Frühkindliche Entwicklung

Gab es Probleme bei der Sprachentwicklung? Wenn ja, welche?

Wurde logopädische Behandlung in Anspruch genommen? Wenn ja, welche und wo?

Gab es Probleme bei der motorischen Entwicklung (Krabbeln, Sitzen, freies Laufen, Klettern usw.)?
Wenn ja, welche?

Gab es Probleme bei der Sauberkeitsentwicklung (spätes Trockenwerden, Einnässen, Einkoten)?
Wenn ja, welche?

Welche Kinderkrankheiten / welche ernsthaften Erkrankungen sind aufgetreten?
Gab es Unfälle, Operationen, Klinikaufenthalte? Wann?

Sind Allergien bei der Patientin / dem Patienten bekannt? Wenn ja, welche?

Mussten in den ersten sechs Lebensjahren über einen längeren Zeitraum Medikamente eingenommen werden? Wenn ja, welche?

War die Patientin / der Patient in den ersten Lebensjahren länger als einen Monat von einer engen Person getrennt?

Kindergarten

Wurde ein Kindergarten besucht? Wenn ja, in welchem Zeitraum?

Gab es Probleme beim Kindergartenbesuch (z.B. schwere Trennung, aggressives Verhalten, Rückzug, Konzentrationsprobleme)?

Grundschule

Name und Ort der Einrichtung:

Alter bei Einschulung

wiederholte oder übersprungene Klassen

weiterführende Schulen (ggf. mehrere)

Name, Ort und Art (z.B. Gesamtschule, Realschule, Berufsschule ...) der Einrichtung(en):

Alter bei Einschulung

wiederholte oder übersprungene Klassen

Probleme beim Schulbesuch? (Welches Fach macht Schwierigkeiten/fällt leicht? Verhältnis zu Lehrern/Mitschülern schwierig? Konzentrationsschwierigkeiten? Aggressives Verhalten? Beschwerden seitens der Schule? Mobbing? Probleme mit Hausaufgaben o. ä.?)

Kam es während der Schulzeit zu ernsthaften Erkrankungen, Operationen, Klinikaufenthalten, Unfällen oder langfristigen Medikamenteneinnahmen? Wenn ja, welche und wann?

Werden oder wurden Drogen, Alkohol oder Tabak in gesundheitsschädlichem Maß konsumiert? Wenn ja, welche in welcher Menge?

Familienanamnese

Welche Erkrankungen (auch psychische) gibt es in der Familie der Patientin / des Patienten?

Leiblicher Vater: _____

Familie des Vaters: _____

Leibliche Mutter: _____

Familie der Mutter: _____

Geschwister: _____

Soziales Umfeld

Hat die Patientin / der Patient stabile freundschaftliche Beziehungen zu Gleichaltrigen?

Werden Hobbys gepflegt? Wenn ja, welche?

Werden Vereine regelmäßig besucht? Wenn ja, welche?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!