



**Sandra Könn**  
Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin

Sandra Könn  
Kriegstraße 4  
68794 Oberhausen-Rheinhausen

Telefon: 07254 - 953 378  
Telefax: 07254 – 957 52 17  
Mobil: 0176 – 471 255 83  
E-Mail: s.koenn@praxis-koenn.de  
www.praxis-koenn.de

## Anamnesebogen zu Kind und Familie

### Kind

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Kind): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummern: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_

Hausarzt/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Telefon Haus-/Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Adresse des Haus-/Kinderarztes: \_\_\_\_\_

Überwiesen von: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Mitversichert bei: (Name) \_\_\_\_\_

(Versichertennummer) \_\_\_\_\_

### Lebenssituation

#### Situation der Eltern (Pflege-, Stief- oder Adoptiveltern):

leben zusammen     getrennt seit: \_\_\_\_\_     geschieden seit: \_\_\_\_\_

Wer ist sorgeberechtigt?

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnummer des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

\_\_\_\_\_

Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund / Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon)

\_\_\_\_\_

Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei einem Elternteil / Vormund:

\_\_\_\_\_

Nur das Gesundheitsrecht liegt bei einem Elternteil / Vormund:

\_\_\_\_\_



Sandra Könn  
Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin

**Mutter:**

Name der Mutter: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Vater:**

Name des Vaters: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wer betreut Ihr Kind während der Arbeitstätigkeit der Eltern? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Geschwister** (Name, Alter, Halb- / Stief- / leiblich, im gleichen / anderen Haushalt)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Sonstige Bezugspersonen**

\_\_\_\_\_

**Daten zur Schwangerschaft**

Die wievielte Schwangerschaft war dieses Kind? \_\_\_\_\_

Traten während der Schwangerschaft Krankheiten / Blutungen / Übelkeit/ Stimmungsschwankungen /  
Unfälle auf? Wenn ja, in welchem Monat? Bitte beschreiben

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viele Zigaretten rauchten Sie durchschnittlich pro Tag während der Schwangerschaft?

keine       1-5       6-10       11-15       16-20       21 und mehr

Wie viel Alkohol tranken Sie während der Schwangerschaft?

keinen     selten bei festlichen Anlässen     regelmäßig kleine Mengen     mehr als 1 Glas/Tag

**Geburt**

Wo wurde das Kind geboren? \_\_\_\_\_

Abweichung vom errechneten Termin (in Tagen): \_\_\_\_\_





**Sandra Könn**  
Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin

### Interessen des Kindes

- Hat Ihr Kind einen oder mehrere feste Freunde?       ja       nein
- Gewinnt Ihr Kind leicht Freunde?       ja       nein
- Spielt Ihr Kind lieber mit       Gleichaltrigen       Jüngeren       Älteren       allein
- Wird Ihr Kind von anderen abgelehnt?       ja       nein
- Lehnt Ihr Kind andere ab?       ja       nein
- Wie häufig verabredet sich Ihr Kind mit Freunden?       mehrfach / Woche       mehrfach / Monat       nie

Mit was beschäftigt sich Ihr Kind aktuell in seiner Freizeit am liebsten? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welche Hobbies hat Ihr Kind (Musik, Sportverein etc)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie viele Stunden täglich konsumiert Ihr Kind folgende Medien: Fernsehen, Internet, Computer, Tablet, Smartphone, Spielkonsolen und ähnliches?

An Schultagen: \_\_\_\_\_

An schulfreien Tagen: \_\_\_\_\_

**Wichtige Veränderungen der Lebenssituation** (Umzüge, Trennungen, Schulwechsel, Kontaktabbrüche etc.)  
(Datum!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ernste Erkrankungen des Kindes** (Operationen, Unfälle, chronische Erkrankungen, Allergien) (Datum!)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Psychische Belastungen oder schwere Erkrankungen in der Familie**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Sandra Könn**  
Kinder- und Jugendlichen-  
psychotherapeutin

**Bisherige Untersuchungen, Hilfen und Therapien** (was, wann, warum, bei wem)

---

---

---

---

**Aktuelle Situation**

Vorstellungsanlass aus Sicht des Patienten:

---

---

---

---

Vorstellungsanlass aus Sicht der Eltern:

---

---

---

---

**Ziele**

Aus Sicht des Patienten:

---

---

---

---

Aus Sicht der Eltern:

---

---

---

---

**Ressourcen des Patienten**

---

---

---

---