



Sandra Könn
Kinder- und Jugendlichen-
psychotherapeutin

Anamnesebogen zu Kind und Familie

Sandra Könn
Kriegstraße 4
68794 Oberhausen-Rheinhausen

Telefon: 07254 - 953 378
Telefax: 07254 – 404 5772
Mobil: 0176 – 471 255 83
E-Mail: s.koenn@praxis-koenn.de
www.praxis-koenn.de

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): _____



Spontangeburt Kaiserschnitt (Grund: _____)

Geburtsgewicht: _____ g

Geburtslänge: _____ cm

Gab es Komplikationen? Wenn ja, bitte beschreiben: _____

Frühkindliche Entwicklung

Gab es in der frühen Entwicklung Schwierigkeiten (Bauchkoliken, Schreikind, Trinkschwäche, Schlafprobleme, Entwicklungsverzögerungen (sprachlich, motorisch), motorische Unruhe oä)? Bitte beschreiben: _____

Kindergarten

Alter _____

Eingewöhnung _____

Soziale Integration _____

Besonderheiten _____

Schule

Einschulung im Jahr _____ Klassenwiederholung _____

Name der Grundschule _____

Besonderheiten in der GS _____

Aktuelle Schule, aktuelle Klasse _____

Lehrer _____

Besonderheiten in der Schule _____

Wie sind im Durchschnitt die schulischen Leistungen Ihres Kindes?

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft ungenügend

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben?

ja nein

Hat(te) Ihr Kind Lernschwierigkeiten?

ja nein



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



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
