



**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:

\_\_\_\_\_



**Mutter:**

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

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

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Vater:**

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

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

Aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Evtl. Stiefelternteil im gleichen Haushalt lebend:**

Name: \_\_\_\_\_ 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 aktuellen 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**

---

---

---

---