

# Anamnese-Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte

--	--	--	--	--	--	--	--

## Angaben zum Grund der Vorstellung

Vorstellungsanlass (Problem, wegen dem es zur Vorstellung kommt):

*(Bitte beschreiben)*

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Wann ist das beschriebene Verhalten erstmals aufgetreten?

Vor.....Tagen/Wochen/Monaten/Jahren

Gab es besondere Ereignisse, die damit zusammenfielen?

-----  
-----  
-----  
-----

Was haben Sie bisher versucht, um das Problem zu bewältigen?

-----  
-----  
-----

Gibt es Tage oder Situationen, in denen die Problematik nicht oder nur selten auftritt?

-----  
-----

Wo und wie häufig zeigt sich das Problem (-verhalten)?

Familie       Freizeit       Freunde       Schule

Wie belastend wird die Problematik von Ihnen momentan empfunden?

1-----2-----3-----4-----5  
*leicht beunruhigend      mittelschwer      sehr schwer      äußerst schwer      unerträglich*

Wie belastend erlebt Ihr Kind die Problematik momentan?

1-----2-----3-----4-----5  
*leicht beunruhigend      mittelschwer      sehr schwer      äußerst schwer      unerträglich*

**Therapieziele**

Motivation: Wer ist an einer psychotherapeutischen Behandlung interessiert?

Mutter     Vater     Kind     andere: .....

Ziele und Wünsche an die Therapie:

-----  
-----  
-----  
-----

Was müsste sich verändern, damit sich das Problem (-verhalten) Ihres Kindes bessert? Wer kann etwas dazu beitragen? Was können Sie dazu beitragen?

-----  
-----  
-----  
-----

**Vorbehandlungen**

Welche ambulanten Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen und wann?

Behandlung	Wo/ Wer?	Wann?
Ergotherapie/ Physiotherapie		
Logopädie		
Frühförderung		
Sozialpädiatrisches Zentrum		
Erziehungsberatungsstelle		
Erziehungsbeistandschaft		
Sozialpädagogische Familienhilfe		
Schulpsychologe		
Psychotherapeut		
Psychiater		
Arzt		
Andere:		

*Bitte bringen Sie alle Berichte/ Vorbefunde mit, die Ihnen vorliegen.*

Gab es stationäre Vorbehandlungen? (Bitte Klinik und Zeitraum nennen)

nein       ja:

-----  
 -----  
 -----

Gibt es körperliche Vorerkrankungen (z.B. Seh- /Hörschwäche, Allergien, Diabetes, Epilepsie, Kinderkrankheiten, längere Krankenhausaufenthalte ...)?

nein       ja:

-----  
 -----

Nimmt Ihr Kind derzeit Medikamente ein?

nein       ja:

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_  
 Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_

## Entwicklung des Kindes/ Jugendlichen

### Schwangerschaft und Geburt

Wie verlief die Schwangerschaft?

- unauffällig
- mit Komplikationen:

-----

Risikofaktoren während der Schwangerschaft (z.B. Alkohol, Nikotin, Drogenkonsum, Medikamenteneinnahme, Krankenhausaufenthalte, Infektionen, seelische, psychosoziale Belastungen):

-----

Wie verlief die Geburt?

- komplikationslos
  - mit Komplikationen (z.B. Kaiserschnitt, Zangengeburt, Vakuumextraktion, Frühgeburt, Sauerstoffmangel, Beatmung, Geburtsstillstand ...):
- 

Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei Ihrem Kind nach der Geburt?

- nein
  - ja:
- 

Hat sich die Mutter nach der Geburt besonders belastet gefühlt?

- Babyblues (ungefähre Dauer von ..... Monaten)
  - Depression (ungefähre Dauer von ..... Monaten)
  - andere psychische Erkrankungen/ Belastungen:
- 

Bestand zum Zeitpunkt der Geburt eine feste Partnerschaft/Ehe?

-----

### Frühkindliche Entwicklung

Bestanden bei Ihrem Kind Auffälligkeiten im Säuglingsalter?

- nein
  - ja:
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> exzessives Schreien        | <input type="checkbox"/> Körperkontakt abweisend |
| <input type="checkbox"/> Ein- /Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> leicht irritierbar      |
| <input type="checkbox"/> Fütter- /Gedeihstörung     | <input type="checkbox"/> Blickkontakt vermeidend |
| <input type="checkbox"/> schwer zu beruhigen        | <input type="checkbox"/> andere:                 |
-

Wann hat Ihr Kind folgende Meilensteine beherrscht?

Motorik	Monat/Jahr	Sauberkeitsentwicklung	Monat/Jahr	Sprache	Monat/Jahr
Krabbeln		ohne Windeln am Tag		erste Worte	
Freies Laufen		ohne Windeln in der Nacht		erste Sätze	

Gab es in einem der oben genannten Bereiche Auffälligkeiten oder Fördermaßnahmen?

nein  ja:

.....

### Kindergarten/ Krippe

Eintritt in den Kindergarten/die Krippe mit .....Jahren.

kein Eintritt

Ging/ Geht Ihr Kind  gern  ungern in den Kindergarten?

Gab/ Gibt es Verhaltensauffälligkeiten während der Kindergartenzeit?  nein

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trennungsangst                 | <input type="checkbox"/> Hypermotorik/Zappeligkeit    |
| <input type="checkbox"/> Angst vor.....                 | <input type="checkbox"/> Opposition/Regelverstöße     |
| <input type="checkbox"/> Schüchternheit/ Zurückhaltung  | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten         | <input type="checkbox"/> andere: .....                |
| <input type="checkbox"/> Aggression (verbal/körperlich) | .....   |
| <input type="checkbox"/> Wutausbrüche                   |   |

### Schule

Eintritt mit ..... Jahren.

Regelgrundschule  Diagnose-Förderklasse: .....

Derzeit besuchte Schulform und Klasse:.....

Gab es einen Schulwechsel?

nein  ja:.....

Wurde eine Klasse wiederholt?

nein  ja:.....

Hat Ihre Tochter/ Ihr Sohn einen Schulabschluss?

nein  ja:.....

Falls nein, welcher Schulabschluss wird angestrebt?.....

Gab/Gibt es (Verhaltens-)Probleme in der Schule und (seit) wann?  nein

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leistungsschwierigkeiten ..... | <input type="checkbox"/> Opposition/Regelverstoß .....              |
| <input type="checkbox"/> Angst/Zurückhaltung .....      | <input type="checkbox"/> Schwänzen/ unregelmäßiger Schulbesuch..... |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme .....   | <input type="checkbox"/> Aggression (verbal/körperlich).....        |
| <input type="checkbox"/> Zappeligkeit .....             | <input type="checkbox"/> andere: .....                              |

Wie schätzen Sie die schulischen Leistungen Ihres Kindes ein?

- sehr gut – gut     befriedigend – ausreichend     mangelhaft – ungenügend

Besucht Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung?.....

Bekommt Ihr Kind Nachhilfeunterricht? .....

Sind die Hausaufgaben regelmäßig gemacht?

- ja     widerwillig     nein

Wie lange braucht Ihr Kind für die Hausaufgaben?.....

Wie arbeitet Ihr Kind bei den Hausaufgaben?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> abgelenkt                | <input type="checkbox"/> braucht Druck   |
| <input type="checkbox"/> verträumt                | <input type="checkbox"/> gibt leicht auf |
| <input type="checkbox"/> muss sich häufig bewegen | <input type="checkbox"/> lustlos         |
| <input type="checkbox"/> unordentlich             | <input type="checkbox"/> braucht Hilfe   |
| <input type="checkbox"/> mit häufigen Pausen      | <input type="checkbox"/> selbstständig   |

Müssen Sie die Hausaufgaben kontrollieren?

- häufig     selten     nie

## **Ausbildung**

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine berufliche Ausbildung?

- nein
- begonnen; welche.....
- abgeschlossen; welche.....

## **Studium/Erwerbstätigkeit**

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein Studium begonnen oder ist erwerbstätig?

- nein     ja:.....

**Soziales und Freizeit**

**Soziale Integration**

Mein Kind...

- hat viele Freunde
- hat eher wenige Freunde
- hat wenige, aber sehr enge Freunde
- hat keine Freunde
- hat häufig Streit/Konflikte mit:     Gleichaltrigen     Erwachsenen

Wie beschäftigt sich Ihr Kind in seiner Freizeit?

- lieber alleine
- lieber mit Erwachsenen
- lieber mit Gleichaltrigen
- lieber mit Jüngeren

**Hobbys**

Freizeit, Interessen, Sport:

-----  
-----

Verein/-e:

-----  
-----

**Medien**

**Medienkonsum**

**Stunden pro Tag**

Fernseher ..... im eigenen Zimmer     nein     ja  
Inhalt: .....

PC, Spielkonsole ..... im eigenen Zimmer     nein     ja  
Inhalt: .....

Smartphone, Tablet ..... besitzt Eigenes     nein     ja  
Inhalt: .....

Findet Medienkonsum gewalttätiger Inhalte statt? (z.B. Gewaltspiele)

- häufig     manchmal     selten     gar nicht

Medienkonsum ist ein häufiges Streitthema in unserer Familie:  nein     ja

## Familienleben

Wie ist die Wohnsituation Ihrer Familie?

- Haus       Mietwohnung       Eigentumswohnung

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

- nein       ja

Mit wem lebt das Kind zusammen (z.B. Eltern, Großeltern, weitere Verwandte)?

---

---

War Ihr Kind von Ihnen über eine längere Zeit getrennt? Wenn ja, wann und warum?

---

---

Wer kümmert sich vorwiegend um das Kind?

---

---

Wie würden Sie die Erziehungsstile von Mutter und Vater beschreiben (z.B. liebevoll, konsequent, streng, impulsiv ...)?

Mutter:

---

---

Vater:

---

---

Gelingt Ihnen eine gewaltfreie Erziehung?

- ja     nein: (*bitte beschreiben*)

---

---

Welche Erziehungsziele haben Sie? Welche Eigenschaften soll Ihr Kind entwickeln oder von Ihnen lernen?

---

---

Erzählt das Kind/der Jugendliche, wie es ihm geht?

nein  ja:

---

Merken Sie, wie sich Ihr Kind fühlt?

nein  ja:

---

Wie zeigen Sie Ihrem Kind, dass Sie es mögen?

nein  ja:

---

---

Was machen Sie gerne mit Ihrem Kind?

---

---

Welche Regeln gibt es in ihrer Familie?

---

---

Finden gemeinsame Mahlzeiten statt?

nein  ja

### **Familienbeziehungen**

Wie würden Sie die verschiedenen Familienbeziehungen beschreiben?

Mutter – Kind:	<input type="checkbox"/> besonders gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> angespannt	<input type="checkbox"/> sehr belastet
Vater – Kind:	<input type="checkbox"/> besonders gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> angespannt	<input type="checkbox"/> sehr belastet
Vater – Mutter:	<input type="checkbox"/> besonders gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> angespannt	<input type="checkbox"/> sehr belastet
Kind – Geschwister:	<input type="checkbox"/> besonders gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> angespannt	<input type="checkbox"/> sehr belastet

Gibt es psychosoziale Belastungen in der Familie (chronische Krankheiten, psychische Störungen, Abhängigkeit/Sucht, Suizidversuch ...)?

nein  ja

Falls ja, wer in Ihrer Familie ist betroffen und welche Problematik liegt vor?

---

---

Liegen belastende Lebensereignisse in der Familie vor (z.B. Verlusterfahrungen durch Tod, Trennung/Scheidung, Schulden, Arbeitslosigkeit, Umzug ...)?

nein       ja:

-----  
-----

### **Ressourcen und Stärken**

Welche Stärken und positiven Eigenschaften sehen Sie bei Ihrem Kind?

-----  
-----

Was ist schön an Ihrer Familie?

-----  
-----

Was unternehmen Sie gerne als Familie zusammen?

-----  
-----

Anmerkungen/Ergänzungen:

-----  
-----

### **Ergänzung im Falle eines Migrationshintergrundes**

	Mutter	Vater
Herkunftsland	..... ...	.....
Seit wann in Deutschland?	..... ...	.....

Hintergrund der Migration (z.B. freiwillig oder unfreiwillig; geplant; aus wirtschaftlichen oder politischen Gründen; Verfolgung; Familienzusammenführung ...)?

-----  
-----  
-----

Wie hat Ihr Kind auf die Migration reagiert?

---

---

---

Leidet Ihr Kind Ihrer Einschätzung nach unter der Migration?

nein       ja

Werden Werte, Traditionen oder Haltungen des Herkunftslandes vermittelt oder gelebt?  
Wenn ja, welche?

---

---

---

Mit welcher Kultur fühlen Sie sich verbunden?

---

Mit welcher Kultur fühlt sich Ihr Kind verbunden?

---

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**