

Patient*innenbogen

Anamnese

Patient*in

Vor-, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Aus welchen Gründen stellen Sie sich in meiner Praxis vor? Weshalb gerade zu diesem Zeitpunkt?

Was haben Sie bisher schon zur Lösung unternommen?

Wie denkt ihr Kind über eine Therapie?

Was wünschen Sie sich von einer Therapie? Welche drei Ziele sind für Sie besonders wichtig?

-
-
-
-

Hallo!

Mit dieser Seite möchte ich dir schon einmal die Möglichkeit geben, dir bereits Gedanken zu unserem Kennenlerngespräch zu machen und möchte dich bitten, sie möglichst offen und ehrlich auszufüllen. Wenn du möchtest, kannst du die deinen Eltern geben, damit sie nicht verloren geht, oder du behältst sie selbst, und bringst sie zum Termin mit. Wenn du möchtest, dass bestimmte Informationen nicht im Erstgespräch besprochen werden, dann schreib diese bitte mit einem *ROTEN STIFT*! Danke und bis bald!

- Cornelia Leitzke

Warum kommst du zu mir in die Praxis?

Warum möchten deine Eltern, dass ihr in meine Praxis kommt?

Welche Schulnoten würdest du den folgenden Bereichen in der letzten Zeit geben?

(1= sehr gut, 6=sehr schlecht)

Schule: _____ Zuhause & Familie: _____

Freunde: _____ Deine Stimmung & deine Gefühle: _____

**Was läuft gut in deinem Leben und deinem Alltag?
Wo schöpfst du Kraft und positive Energie?**

Was erwartest du von der Therapie?

Aktuelles Helfersystem:

Haus-/Kinderarzt*in:

Zuständiges Jugendamt und Ansprech-partner*in, Familienhelfer*in, Vormünd*in, etc.):

Vorbehandelnde Psychotherapeut*in oder Psychiater*in:

Sonstige:

Vorbehandlungen (Psychotherapie, Lerntherapie, Logopädie, Ergotherapie, Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Jugendhilfe, etc.):

Von-Bis	Maßnahme	Grund der Behandlung

Entwicklung

Besonderheiten während der Schwangerschaft:

Vorhergehende Fehlgeburten: _____

erwünschte/geplante Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein

regelmäßiger Konsum während der Schwangerschaft:

Alkohol, Menge: _____ Nikotin, Menge: _____

Andere Substanzen, Menge: _____

Geburt

Schwangerschaftswoche: _____

Modus (Spontangeburt, Kaiserschnitt, etc.): _____

Gewicht: _____ Körperlänge: _____

Kopfumfang: _____ APGAR-Score: _____ / _____ / _____

Interventionen (PDA, Saugglocke, etc.):

Besonderheiten in der Neugeborenenperiode:

Stillen: ☐ ja, bis _____ ☐ nein, weil: _____

Entwicklung

Motorische Entwicklung:

Krabbeln mit: _____ Freies Laufen mit: _____

Sprachentwicklung:

Erste Worte (außer Mama/Papa) mit: _____

3-Wort-Sätze mit: _____

Sauberkeitsentwicklung:

Tagsüber trocken mit: _____ Nachts trocken mit: _____

Bei Einnässen:

Gab es Zeiträume von mehr als 14 Tagen in denen Trockenheit auftrat und wie lange waren diese?

Bei Einkoten: Gab es Zeiträume von mehr als 14 Tagen in denen Sauberkeit auftrat und wie lange waren diese?

Weitere Besonderheiten zwischen 0 und 3 Jahren:

Kindergarten und Schule

Besuchte ihr Kind eine Tagesmutter/Tagesstätte? ☐ ja ☐ nein

☐ ja, im Altern von: _____

Kindergarten mit _____ Jahren

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten: _____

Einschulung mit _____ Jahren

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten in der Grundschule: _____

Weiterführende Schule: _____

Besonderheiten/Verhaltensauffälligkeiten: _____

Aktuelle Schule
und Klasse:

[] ganztags [] halbtags

Klassenlehrer*in: _____

Schullaufbahn

Klasse (von..bis)	Schule

Aktuelle Leistungen: _____

Somatische Anamnese

Welche Medikamente nimmt ihr Kind regelmäßig ein? _____

Welche körperlichen Begleiterkrankungen hat ihr Kind? _____

Wie schläft ihr Kind derzeit? _____
(Ein-, Durchschlafstörungen, Albträume)

Wie isst ihr Kind derzeit? _____

Wann trat bei ihrer Tochter die erste Periode (Menarche) auf? _____

Operationen und/oder längere Krankenhausaufenthalte ihres Kindes:

Suchtanamnese

Mein Kind konsumiert folgende Substanzen:

☐ Alkohol, Häufigkeit: _____ ☐ Cannabis, Häufigkeit: _____

☐ Zigaretten, Häufigkeit: _____ ☐ Andere: _____

Welche Hobbies, Interessen, Vereine verfolgt ihr Kind?

Wie schätzen Sie den Freundeskreis ihres Kindes ein?

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind vor Bildschirmen? Womit beschäftigt es sich dort? Welche Regeln diesbezüglich gelten dabei?

Familienanamnese

Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
Beruf <input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit	Beruf <input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit
Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?	Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?
Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:	Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:

Stief-/Adoptivmutter	Stief-/Adoptivvater
Name, Geburtsdatum	Name, Geburtsdatum
Beruf <input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit	Beruf <input type="checkbox"/> Teilzeit,h/Woche <input type="checkbox"/> Vollzeit
Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?	Wie beschreiben Sie ihren Erziehungsstil?
Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:	Bitte beschreiben Sie kurz ihre eigene Kindheit/Jugend:

Geschwister (Name, Alter, Tätigkeit). Bitte beschreiben Sie die Beziehungen untereinander:

Welche schweren körperlichen Erkrankungen gibt es in ihrer Familie? Welche (diagnostizierten oder nur vermuteten) psychischen Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie? Denken sie hierbei auch an blutsverwandte Tanten, Onkel, Großeltern, etc.)

Welche bisher noch nicht erfragten Aspekte oder Details halten Sie noch für wichtig?

Vielen Dank für ihre Mitarbeit!
Bitte bringen Sie diesen Bogen mit zu unserem Erstgesprächstermin.