



## Anamnesebogen

### A. Patient

---

---

---

---

---

---

---

### B. Fragen zum Patienten und dessen Leiden

1. Wer veranlasste die Vorstellung?

---

---

---

---

---

---

---



2. Wann trat das Verhalten oder das Problem auf?

---

---

---

---

---

---

3. Beschreiben Sie die Beschwerden und Probleme? Gibt es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten zusammenfielen?

---

---

---

---

---

---

4. Wie erklären Sie sich die Schwierigkeiten ihres Kindes?

---

---

---

---

---



5. Was können Sie aufgrund der Schwierigkeiten im Leben nicht tun?

---

---

---

---

---

---

6. Welche Schwierigkeiten haben sie sonst noch im Leben, die mit ihrem Kind ursächlich wenig zu tun haben?

---

---

---

---

---

---

## C. Fragen zu behandelnden Ärzten, Vorbefunden, Medikamenten, Allergien

1. Wer ist der behandelnde Haus-Arzt/Kinderarzt (Name, Adresse)

---

---



---

---

---

2. Gibt es Somatische- neurologische Vorbefunde?

---

---

---

---

---

3. Welche Medikamente werden eingenommen Medikamente? Treten Allergien auf?

---

---

---

---

---

4. Welche Kinderkrankheiten hatte ihr Kind?

---

---



---

---

---

## C. Fragen zur Psychotherapeutische Behandlung

1. Was sollte sich bei Ihrem Kind auf keinen Fall ändern?

---

---

---

---

---

---

2. Was erwarten Sie von einer psychotherapeutischen Behandlung?

---

---

---

---

---

---

3. Gab es Vorbehandlungen?

---



---

---

---

---

---

## 1. Lebensgeschichtliche Daten

### D.1. Schwangerschaft und Geburt

#### 1. Schwangerschaft

- Schwangerschaft erwünscht?
- Welcher Verlauf?
- Komplikationen?
- Fehlgeburten?
- Rauchen, Alkohol, Drogen, schwere äußere Ereignisse?

---

---

---

---

---



### 2. Geburt

- Geburt termingerecht?
- Auffälligkeiten?
- Vater anwesend?
- Gewicht? Größe?
- Wie haben Sie das Neugeborene erlebt?
- War es bei ihnen?

---

---

---

---

---

## D2. Säugling und Kleinkindzeit:

### 1. Ernährung

- Haben Sie gestillt?
- Wie war die Ernährung das Essverhalten des Kindes?
- Gab es Koliken?

---

---

---

---



### 2. Entwicklung

- Wie war die Bewegungsentwicklung (sitzen, kriechen, laufen)?
- Sprachentwicklung? Sauberkeitsentwicklung?

---

---

---

---

---

---

### 3. Elterliches Erleben

- Wie habe Sie das Weinen erlebt?
- Wie sicher haben Sie sich mit dem Kind gefühlt?
- Wie haben Sie das Kind getröstet?

---

---

---

---

---

---



#### 4. Beziehung zum Kind

- Fremdeln?
- Lächeln?
- Beziehungsaufnahme?
- Rolle des Vaters?
- Trotzphase?
- Temperament?

---

---

---

---

---

#### 5. Sonstige Aufgaben und Hilfe

- Welche Aufgaben hatten Sie sonst noch zu erfüllen?
- Wie sicher haben Sie sich mit dem Kind gefühlt?
- Hatten Sie Hilfe?

---

---

---

---

---



### D.3. Kindergarten:

1. Wann?

---

2. Wie hat das Kind reagiert?

---

---

---

---

---

3. Einfügen in die Gruppe?

---

---

---

---

---



4. Wie haben Sie erlebt?

---

---

---

---

---

---

**D.4. Schulzeit:**

1. Wann?

---

2. Schulart?

---

---

---

---

---

---

3. Auffälligkeiten?

---

---



---

---

---

#### 4. Schulische Stärken und Schwächen?

---

---

---

---

---

---

#### 5. Lernmotivation?

---

---

---

---

---



6. Freude?

---

---

---

---

---

---

7. Wiederholung einer Klasse?

---

---

---

---

---

---

## **E. Interessen, Aktivitäten, Kompetenzen, Eigenschaften des Kindes**

1. Freizeitaktivitäten, Spielvorhaben?

---

---



---

---

---

## 2. Begabungen und Interessen?

---

---

---

---

---

---

## 3. Positive Eigenschaften und Kompetenzen?

---

---

---

---

---

---



4. Soziales Umfeld und Beziehungen Freunde, Gruppen, Beständigkeit und Tiefe der Beziehungen?

---

---

---

---

---

---

## F. Familiäre Situation des Kindes

1. Familiärer Hintergrund Beruf; Alter der Geschwister ...

---

---

---

---

---

---

2. Vollständigkeit der Familie?

---

---



---

---

---

### 3. Besondere Verwandtschaftsbeziehungen?

---

---

---

---

---

---

### 4. Wohnverhältnisse?

---

---

---

---

---

---

### 5. Besondere Belastungen in der Familie?

---

---

# Psychotherapiepraxis

Lena Fischer



---

---

---

6. Wer ist wann verfügbar und was machen Sie gemeinsam?

---

---

---

---

---

---

7. Wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern?

---

---

---

---

---

---

8. Was schätzen Sie an ihrer Ehe, möchten Sie etwas verändern?

---

---



---

---

---

9. Wie ist die Beziehung zu den Kindern? Vater/Mutter/BZ

---

---

---

---

---

## **G. Lebensgeschichte der Mutter:**

1. Familiärer Hintergrund: Geschwisterkonstellationen, Beruf, Alter, Bezug zu den eigenen Eltern?

---

---

---

---

---



## 2. Schulischer und beruflicher Werdegang

---

---

---

---

---

---

## 3. Eheschließung, Kennenlernen ..., aktuelle Beziehung

---

---

---

---

---

---

## H. Lebensgeschichte des Vaters:

### 1. Familiärer Hintergrund: Geschwisterkonstellationen, Beruf, Alter, Bezug zu den eigenen Eltern?

---

---

---

---

---



---

---

## 2. Schulischer und beruflicher Werdegang

---

---

---

---

---

---

## 3. Eheschließung, Kennenlernen ..., aktuelle Beziehung

---

---

---

---

---

---