



## Anamnesebogen für Eltern und Bezugspersonen

Patient\*in (Vor- und Nachname) : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name des Ausfüllenden: \_\_\_\_\_

Liebe Eltern,

ich bitte Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, uns ein umfassendes Bild über Ihren Sohn / Ihre Tochter zu machen um eine Diagnostik und Behandlung bestmöglich anzubieten. Wenn Sie einzelne Angaben nicht machen möchten oder können, lassen Sie bitte die entsprechenden Stellen frei. Bei sensiblen Angaben halten Sie ggf. Rücksprache mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter, ob diese gemacht werden dürfen. Bitte unterstreichen Sie Zutreffendes mit einem Textmarker und füllen Sie die offenen Zeilen aus. Vielen Dank für Ihre

Mitarbeit!



Hier haben Sie zunächst die Gelegenheit, uns selbst Ihre Sorgen und Anliegen in Bezug auf Ihren Sohn/Ihre Tochter zu schildern.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte geben Sie hier an, was Sie an Ihren Sohn / Ihrer Tochter besonders mögen, was er/sie gut kann.

---

---

---

---

---

---

---

## **1. Angaben zu den Eltern**

1.1. Mutter

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

# Psychotherapiepraxis Lena Fischer



Angaben zum Verwandtschaftsgrad

- Leibliches Elternteil
- Pflegemutter
- Adoptivmutter
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort

---

Ggf. Zeitpunkt der Migration nach Deutschland

---

Schulbesuch und Beruf

---

Umfang der Berufstätigkeit

---

Beziehung zum Sohn / zur Tochter

---

---

---

Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, auch in der Vorgeschichte, bitte mit  
Jahreszahl

---

---

---

---

---



Besonderheiten, die Ihnen wichtig sind:

---

---

---

1.2. Vater:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Angaben zum Verwandtschaftsgrad

Leibliches Elternteil

Pflegevater

Adoptivvater

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort

---

Ggf. Zeitpunkt der Migration nach Deutschland

---

Schulbesuch und Beruf

---

Umfang der Berufstätigkeit

---

Beziehung zum Sohn / zur Tochter

---

---

---

---



Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, auch in der Vorgeschichte, bitte mit  
Jahreszahl

---

---

---

---

Besonderheiten, die Ihnen wichtig sind:

---

---

---

1.3. Weitere wichtige Bezugspersonen wie Partner/Partnerin eines Elternteils, leibliche Eltern etc.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Angaben zum Verwandtschaftsgrad

- Partner/Partnerin von \_\_\_\_\_
- Pflegevater
- Adoptivvater
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort

---

Ggf. Zeitpunkt der Migration nach Deutschland

---

Schulbesuch und Beruf

---

---



Umfang der Berufstätigkeit

---

Beziehung zum Sohn / zur Tochter

---

---

---

Schwere körperliche oder psychische Erkrankungen, auch in der Vorgeschichte, bitte mit  
Jahreszahl

---

---

---

---

Besonderheiten, die Ihnen wichtig sind:

---

---

---

## 2. Angaben zur Familiensituation

Bitte machen Sie hier Angaben zu den Geschwistern, auch Stiefgeschwistern, Adoptivgeschwistern etc. Bitte drucken Sie die zweite Seite zu weiteren Geschwistern gegebenenfalls mehrfach aus.

### 2.1. Ältester Bruder oder älteste Schwester

Name, Vorname

---

---



## Angaben zum Verwandtschaftsgrad

- leibliche Geschwister
- Geschwister väterlicherseits
- Geschwister mütterlicherseits
- Bruder/Schwester aus Beziehung eines Partners/Partnerin
- Adoptivgeschwister
- Pflegegeschwister
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Geburtsdatum und Ort

---

## Tätigkeit/Klassenstufe/Schulform

---

## Auffälligkeiten/Sorgen

---

---

---

## Beziehung zur Patientin/zum Patienten

---

---

---

## 2.2. Weitere Geschwister

Name, Vorname

---

## Angaben zum Verwandtschaftsgrad

- leibliches Geschwister

---



- o Geschwister väterlicherseits
- o Geschwister mütterlicherseits
- o Bruder/Schwester aus Beziehung eines Partners/einer Partnerin
- o Adoptivgeschwister
- o Pflegegeschwister
- o Sonstiges:

Geburtsdatum und Ort

---

Tätigkeit/Klassenstufe/Schulform

---

Auffälligkeiten/Sorgen

---

---

---

Beziehung zur Patientin/zum Patienten

---

---

---

### 2.3. Wohnsituation und Zusammenleben

Der Patient/die Patientin lebt gemeinsam mit folgenden Personen seit wann in einem Haushalt:

---

---

---

---





Es/sie verfügt über ein eigenes Zimmer

- Ja
- Nein
- Er/sie teilt sich ein Zimmer mit

Die Wohnverhältnisse sind

- beengt
- nicht beengt
- Wir haben einen Garten

Mein Sohn/meine Tochter macht sich / wir machen uns Sorgen um Finanzen

- Ja
- Nein

Es gibt zu Hause überdurchschnittlich viele Konflikte

- Ja
- Nein

Häufige Konfliktthemen sind

---

---

---

---

---

In unserer Familie gibt es folgendes Tabuthema, über das nicht gesprochen wird

---

---

Mein Sohn/ meine Tochter nutzt \_\_\_\_\_ Stunden täglich Medien wie Handy, Internet, Tablet, Fernsehen, Spielekonsolen etc.

---



Mein Sohn/meine Tochter schläft nachts \_\_\_\_\_ Stunden.

### 3. Schwangerschaft und Geburt – Angaben der leiblichen Mutter

Vor der Schwangerschaft gab es folgende schwere Erkrankungen/ Fehlgeburten/ Belastungen

---

---

Es handelt sich um die wievielte Schwangerschaft?

---

Während der Schwangerschaft

- musste ich folgende Medikamente einnehmen
- habe ich durchschnittlich

Zigaretten am Tag geraucht

- habe ich folgende Drogen eingenommen
- hatte ich folgende Erkrankungen
- gab es folgende psychische Belastungen/ Krankheiten/ Schicksalsschläge

Die Geburt erfolgte in der Schwangerschaftswoche per

- Spontangeburt
- Sectio („Kaiserschnitt“)
- mit „Zange“
- mit „Saugglocke“
- mit Wehentropf
- mit sonstigen Auffälligkeiten

Die folgenden Angaben lassen sich aus dem U-Heft entnehmen:

APGAR-Werte

---



---

Kopfumfang

---

Größe

---

Geburtsgewicht

---

Es traten

- keine
- folgende Komplikationen während oder kurz nach der Geburt auf

---

#### **4. Angaben zum ersten Lebensjahr**

Temperament des Kindes

---

Familiäre Belastungen im 1. Lebensjahr:



Angaben zu möglichen Traumata des Kindes

---

---

---

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt:

---

---

---

Beziehungen weiterer Familienangehörigen zum Kind

---

---

---

Das Kind schlief

- Im eigenen Zimmer ab dem \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Im Elternbett bis zum \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Nachts durch mit \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Wir haben Elternratgeber wie „Jedes Kind kann schlafen lernen“ o.ä. angewandt mit/ohne Erfolg.

Es wurde \_\_\_\_\_ Monate gestillt/nicht gestillt. Hierbei gab es

- Keine Probleme
- Folgende Probleme:

---

Es nahm

- Schnuller
- Daumen

---



- Keines von beiden

Die Entwöhnung war

- Schwierig weil
- problemlos

Die Umstellung auf feste Nahrung gestaltete sich

- Einfach
  - Schwierig, weil
- 
- 

Das Kind hatte Physiotherapie, weil

---

---

Nach der Methode von

- Bobath
- Vojta
- unbekannt

Das Kind hatte Osteopathie, weil

---

Erster Zahn mit \_\_\_\_\_ Monaten

Rollen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

---



Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind:

---

---

---

Wir hatten einen Laufstall

- Ja, ab dem \_\_\_\_\_ Lebensmonat
- Nein

Das Kind wurde von folgenden Personen betreut:

---

---

---

Falls das Kind eine Krippe besucht hat: Das Kind besuchte eine Krippe mit \_\_\_\_\_ Monaten

Im Umfang von \_\_\_\_\_ Stunden an Tagen pro Woche.

Dort gab es

- keine Probleme
- folgende Probleme

---

---

---

Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil

---

---

---

---

---

---



Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

Das Kind hatte regelmäßig Kontakt zu anderen Kindern, und zwar

---

---

---

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind

---

---

---

Krankenhausaufenthalte wegen

---

---

---

---

---

Raum für weitere Angaben:

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## 5. Frühkindliche Entwicklung von 1 - 3 Jahren

Temperament des Kindes

---

---

---

Familiäre Belastungen

---

---

---

Angaben zu möglichen Traumata des Kindes

---

---

---

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt

---

---

---

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind

---

---

---

Die motorische Entwicklung verlief

- dem Alter entsprechend
- schwierig, weil

---





Die Sprachentwicklung verlief

- dem Alter entsprechend
- auffällig, weil
- Muttersprache/n waren

Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind:

---

---

---

Das Kind wurde von folgenden Personen betreut:

---

---

---

Falls das Kind eine Krippe besucht hat: Das Kind besuchte eine Krippe mit \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren im Umfang von täglich \_\_\_\_\_ Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche. Dort gab es

- keine Probleme
- folgende Probleme

---

---

---

Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil:

---

---

---

---

---



Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu

---

Das Kind hatte regelmäßig Kontakt zu anderen Kindern, und zwar

---

---

---

---

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind:

---

---

---

---

Krankenhausaufenthalte wegen

---

---

---

---

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein



Raum für weitere Angaben:

---

---

---

---

---

## 6. Kindergartenzeit

Temperament des Kindes

---

---

---

Familiäre Belastungen

---

---

---

Angaben zu möglichen Traumata des Kindes

---

---

---

---

---

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt

---

---

---



---

---

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind

---

---

---

---

Die motorische Entwicklung verlief

- dem Alter entsprechend
  - schwierig, weil
- 
- 
- 
- 

Das Kind hatte Ergotherapie, weil

---

---

---

---

Die Sprachentwicklung verlief

- dem Alter entsprechend
  - auffällig, weil
- 
- 
- 
- 
- 
-



Muttersprache/n waren

---

---

Das Kind hatte Sprachtherapie, weil

---

---

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind

---

---

---

Krankenhausaufenthalte wegen

---

---

---

Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind

---

---

---

---

Kindergarteneintritt mit \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren im Umfang von täglich \_\_\_\_\_  
Stunden an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche. Der Kindergarten hatte folgendes Konzept

- Geschlossene Gruppen
- Halboffenes Konzept
- Offenes Konzept
- Unbekannt

---



Es gab dort \_\_\_\_\_ Gruppen mit insgesamt \_\_\_\_\_ Kindern. Für die Eingewöhnung hatte das Kind \_\_\_\_\_ Elternteil mit in der Gruppe. Dabei gab es \_\_\_\_\_ Tage/Wochen ein

- keine Probleme
- Das Kind weinte, ich durfte bleiben
- Das Kind weinte, ich wurde aufgefordert zu gehen
- Andere Probleme, und zwar

---

---

---

Im Kindergarten gab es

- keine Probleme
- folgende Probleme

---

---

---

In dieser Zeit gab es zu Hause

- Keine Verhaltensauffälligkeiten
- folgende Verhaltensauffälligkeiten

---

---

---

Angaben zur Konzentration

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten

---



---

---

---

---

Angaben zur Impulskontrolle

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten

---

---

---

Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr. Dabei gab es

- Keine Auffälligkeiten
- Folgende Auffälligkeiten:

---

---

---

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

Sauberkeitsentwicklung nachts abgeschlossen

- Ja mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nein

Wir haben Elternratgeber zur Sauberkeitsentwicklung angewandt

- Ja mit
- Erfolg

---



- Verbesserung
- ohne Erfolg
- Nein

Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil

---

---

---

Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu

Raum für weitere Angaben

---

---

---

---

---

---

---

---

## 7. Grundschulzeit

Temperament des Kindes

---

---

---

---





Familiäre Belastungen

---

---

---

Angaben zu möglichen Traumata des Kindes

---

---

---

Das Kind lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt

---

---

---

Beziehungen weiteren Familienangehörigen zum Kind

---

---

---

Die motorische Entwicklung verlief

- dem Alter entsprechend
- schwierig, weil

---

---

---

Das Kind hatte Ergotherapie, weil

---

---

---



Die Sprachentwicklung verlief

- o dem Alter entsprechend
- o auffällig, weil

---

---

---

Das Kind hatte Sprachtherapie, weil

---

---

---

Es gab folgende Erkrankungen bei dem Kind

---

---

---

Krankenhausaufenthalte wegen

---

---

---

Es gab folgende Auffälligkeiten beim Kind

---

---

---

Schuleintritt mit

---

---

---



Das Kind hatte sich auf die Schule

- gefreut
- nicht gefreut
- weder/noch

Die Schule hatte ein besonderes Konzept

- Nein
  - Ja, und zwar
- 

Dort gab es

- keine Probleme
  - folgende Probleme
- 
- 
- 
- 

Angaben zur Konzentration

- keine Auffälligkeiten
  - folgende Auffälligkeiten
- 
- 
- 

Angaben zur Impulskontrolle

- keine Auffälligkeiten
-



- folgende Auffälligkeiten

---

---

---

Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr. Dabei gab es

- keine Auffälligkeiten
- folgende Auffälligkeiten:

Schulleistungen im

- 2. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 3. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 4. Schuljahr \_\_\_\_\_

Schulempfehlung nach der 4. Klasse \_\_\_\_\_

Bitte Schulzeugnisse zur Verfügung stellen.

Das Kind hatte

- keine Freunde
- Freunde (Anzahl) \_\_\_\_\_
- Verabredungen außerhalb der Schule pro Woche \_\_\_\_\_

Das Kind wurde gemobbt

- Ja
- Nein
- war sozial gut integriert



Das Kind kam

- gut mit den Lehrern aus
- hatte Probleme mit Lehrern, weil

---

---

---

---

---

Das Kind nahm nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil

---

---

---

---

Es hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu

---

Raum für weitere Angaben:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**8. Weiterführende Schulzeit**

Temperament des Jugendlichen

---

---

---

---

---

Familiäre Belastungen

---

---

---

---

---

Angaben zu möglichen Traumata des /der Jugendlichen

---

---

---

---

---

Die/der Jugendliche lebte mit folgenden Personen in einem Haushalt

---

---

---

---

---

Weitere Beziehungen von Familienangehörigen zu dem/der Jugendlichen

---

---

---

---

---



Es gab folgende Erkrankungen bei dem/der Jugendlichen

---

---

---

---

Krankenhausaufenthalte wegen

---

---

---

---

Es gab folgende Auffälligkeiten beim dem/der Jugendlichen

---

---

---

---

Nach der Grundschule wurde folgende Schule besucht

---

Name der Schule

---

Schulform

---



Die Schule hatte ein besonderes Konzept

- Nein
- Ja, und zwar

---

---

---

Dort gab es

- keine Probleme
- folgende Probleme

---

---

---

Angaben zur Konzentration

- keine Auffälligkeiten
- folgende Auffälligkeiten

---

---

---

Angaben zur Impulskontrolle

- keine Auffälligkeiten
- folgende Auffälligkeiten

---

---

---

---

---





Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr. Dabei gab es

- keine Auffälligkeiten
- folgende Auffälligkeiten

---

---

---

Schulleistungen im

- 5. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 6. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 7. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 8. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 9. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 10. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 11. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 12. Schuljahr \_\_\_\_\_
- 13. Schuljahr \_\_\_\_\_

Bitte Schulzeugnisse zur Verfügung stellen.

Die/der Jugendliche hatte

- keine Freunde
- Freunde (Anzahl) \_\_\_\_\_
- Verabredungen außerhalb der Schule pro Woche \_\_\_\_\_
- wurde gemobbt
  - Ja
  - Nein

---



- war sozial gut integriert

Die/der Jugendliche kam

- gut mit den Lehrern aus
- hatte Probleme mit folgenden Lehrern

---

---

---

wegen

---

---

---

Die Schule wurde

- immer regelmäßig besucht
- unregelmäßig besucht in der Zeit von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- auch heute noch nicht
- nicht regelmäßig besucht

Die/der Jugendliche nahm/nimmt nachmittags an folgenden Freizeitaktivitäten teil:

---

---

---

Die Hobbies wurden im Jahr \_\_\_\_\_ abgebrochen.

Er hatte regelmäßig Kontakt zu beiden Eltern

- Ja
- Nein, nicht zu \_\_\_\_\_

Schulwechsel wegen \_\_\_\_\_

---



zu folgender Schule \_\_\_\_\_

Eventuelle Probleme

- hörten dort auf
- setzen sich fort, und zwar

---

---

---

Mein Sohn/meine Tochter raucht

- Ja, und zwar ca. \_\_\_\_\_ Zigaretten am Tag
- Nein

konsumiert sonstige Drogen

- Ja, und zwar \_\_\_\_\_ im Umfang von \_\_\_\_\_
- Nein

spricht mit mir über Partner\*innen

- Ja
- Nein
- Ich möchte hierzu mitteilen, dass

---

---

---

---

Angaben über Vorbehandlungen im Bereich psychische Erkrankungen:

---

---

---

---

# Psychotherapiepraxis Lena Fischer



Bisherige Diagnostik hat stattgefunden

in der Praxis \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

Diagnose/n:

---

---

---

---

---

---

---

---

Bitte falls vorhanden Befundbericht zur Verfügung stellen:

Bisherige psychiatrische Medikation mit

---

---

---

Derzeitige Medikation mit

---

---

---

Vorausgegangene Psychotherapien in der Praxis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.

Raum für weitere Angaben

---

---

---

---

---

---