



Heilpraktikerin für Psychotherapie  
Praxis für Kinder- & Jugendlichenherapie

Steinstraße 20 • 87719 Mindelheim  
Telefon 08245 / 967 62 98 • post@praxis-lisa-eder.de  
www.praxis-lisa-eder.de

## Anamnesebogen

**Liebe Eltern,**

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung des Kindes bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Vielen Dank für Ihre Mühe.

### 1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum, Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____	

### 2. Angaben zur leiblichen Mutter

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon	Mobil	E-Mail

### 3. Angaben zum leiblichen Vater

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon	Mobil	E-Mail

### 4. Angaben zu den Geschwistern

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?

### 5. Wer kam auf die Idee psychotherapeutische Hilfe zu suchen?

- Eltern                       Arzt                       Kindergarten
- Hort/Tagesgruppe             Schule                       Beratungsstelle
- Jugendamt/KSD                 Sonstige \_\_\_\_\_

### 6. Wegen welcher Sorgen bzw. Probleme, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?

**7. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?**

Jahre

**8. Wie verlief die Schwangerschaft?**

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme?	
<hr/>		

**9. Wie verlief die Geburt ihres Kindes**

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus	<hr/>	<input type="checkbox"/> Hausgeburt
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zu spät
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?
<hr/>		

**10. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes**

frei sitzen mit: <hr/> Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: <hr/> Monaten
frei laufen mit: <hr/> Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: <hr/> Monaten
erste Worte mit: <hr/> Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: <hr/> Monaten
Besonderheiten: <hr/>	

**11. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren**

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren?		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Krabbelstube
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)	<input type="checkbox"/> andere Personen	<hr/>

## 12. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter	<input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt
<input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab	<input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden	<input type="checkbox"/> eifersüchtig
<input type="checkbox"/> oft krank	<input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative	<input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich
<input type="checkbox"/> trotzig	<input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen	_____

## 13. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten?	_____	Jahre	
Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	
Gab es im Kindergarten Probleme?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	_____
_____			

## 14. Fragen zum Schulalter

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?

entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Name der Klassenlehrerin: \_\_\_\_\_

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss

Förderschulabschluss

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachhochschulreife

Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?

trifft nicht zu

ein Elternteil

Verwandte/Bekannte

Tagesmutter

Hort

Tagesgruppe

versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?

Einschulungsjahr-Grundschule: \_\_\_\_\_

normaler Verlauf

Vorklasse besucht

verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse

\_\_\_\_\_ welche?

Wechsel auf eine Förderschule

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule?

regelmäßig

verspätet sich oft

fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig

fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen \_\_\_\_\_

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben?

eigenes Zimmer

Küche

Wohnzimmer

Hort

Schule

anderswo \_\_\_\_\_

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig

mit gelegentlicher Hilfe

vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

weniger als 30 min.

zwischen 30 und 60 min.

zwischen 60 und 120 min.

über 120 min.

Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?

nein

ja \_\_\_\_\_

(welche Fächer?)

## 15. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

\_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind lieber:       allein                       mit anderen Kindern                       mit Erwachsenem

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein                       Musikgruppe                       Spielgruppe

Jugendgruppe                       Spielpark/Jugendzentrum                       anderes: \_\_\_\_\_

**16. Wieviel Zeit verbringt das Kind insgesamt PC/TV/Smartphone/Playstation pro Tag in Stunden? \_\_\_\_\_ hochgerechnet auf die Woche? \_\_\_\_\_**

**17. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?**

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle	Welche?	In welchem Jahr

## 18. Fragen zu körperlichen Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

<input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes
<input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> andere Krankheiten
<hr/>		
welche?		
<hr/>		
Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf?		
<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> bei Geschwistern	<input type="checkbox"/> beim Vater
<input type="checkbox"/> bei der Mutter	<input type="checkbox"/> bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten
<hr/>		
Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<hr/>		
welche?		

## 19. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

## 20. Positive Eigenschaften des Kindes

## 21. Symptomcheckliste:

(A) aktuell/ (F) früher	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
	0	1	2	3	4
Auffälligkeiten beim Schlaf					
Einnässen, Einkoten					
Bauchschmerzen					
Kopfschmerzen					
Essstörung					
Müde und erschöpft					
Unruhig					
Unsicher, Unruhig					
Ängstlich					
Traurig					
Selbstwertzweifel					
Hohe Erwartungen an sich					
Aggressive Durchbrüche					
Einsamkeit					
Soziale Auffälligkeiten					
Zwangsgedanken					
Zwangshandlungen					
Medien Konsum PC/ Handy/ TV					
Niedrige Frustrationstoleranz					

## 22. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	
<input type="checkbox"/> Verwandter _____	<input type="checkbox"/> andere Person _____	

## 23. Was ist Ihnen noch wichtig mitzuteilen für unsere Zusammenarbeit?

Vielen Dank für Ihre Mühe und Kooperation

---

Unterschrift und Datum