

Neuanmelde- und Anamnesebogen



Heutiges Datum: _____

I. Vorgestelltes Kind:

Name des Kindes/ Jugendlichen: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Name des Kinder-/Hausarztes: _____

Überwiesen/ Empfohlen durch: _____

Name der Krankenversicherung und mit wem das Kind versichert ist:

Vorstellungsanlass:

II. Leibliche Eltern

Name der Mutter: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

Emailadresse: _____ Beruf: _____

Ausübung: aktuell Hausfrau/ Elternzeit Vollzeit Teilzeit Sonstiges: _____

Erkrankungen (chronische/ psychische): _____

- Familienstand: mit leiblichem Vater zusammenlebend/ verheiratet
 Von leiblichem Vater getrennt/ geschieden seit _____
 neue Partnerschaft alleinerziehend

Name des Vaters: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Telefonnr.: _____ Handynr.: _____

Emailadresse: _____ Beruf: _____

Ausübung: aktuell Hausmann/ Elternzeit Vollzeit Teilzeit Sonstiges: _____

Erkrankungen (chronische/ psychische): _____

- Familienstand: mit leiblicher Mutter zusammenlebend/ verheiratet

- Von leiblicher Mutter getrennt/ geschieden seit _____
 neue Partnerschaft alleinerziehend

Gibt es seelische Erkrankungen innerhalb der Familie/ Verwandtschaft? Nein ja
 Wenn ja, wer? _____ welche Erkrankung? _____

Sorgerecht für vorgestelltes Kind liegt bei: Mutter Vater gemeinsam
 Sonstige Person _____

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten liegt vor: ja nein
 Kind lebt bei: _____ zusammen mit: _____

III. Geschwister (leibliche, Halb-/Stiefgeschwister)

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	Erkrankungen
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

IV. weitere wichtige (betreuende) Bezugspersonen (z.B. Stiefmutter/-vater, Großeltern, etc.)

Name : _____
 Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
 Adresse: _____
 Telefonnr.: _____ Handynr.: _____
 Emailadresse: _____ Beruf: _____
 In welchem Verhältnis steht diese zu Ihrer Familie?
 Gibt es zwischen Ihnen Differenzen? Wenn ja, welche _____ nein

V. Vorerkrankungen des Kindes

Krankheiten/ Allergien/ Unfälle (möglichst mit Jahresangabe)

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten: nein ja, welche _____
 Stationäre Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?):

Wurde Ihr Kind bereits in einer anderen Ambulanz/SPZ oder in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt? Nein ja, wann und wo

und mit welchem Vorstellungsgrund: _____

Diagnosen: _____

Wann wurde ihr Kind zuletzt vom Kinder-/Hausarzt untersucht? _____

VI. Sonstige involvierte Institutionen:

- Ergotherapie wenn ja, wann: _____
- Logopädie wenn ja, wann: _____
- Frühförderung wenn ja, wann: _____
- SPZ-Therapie wenn ja, wann: _____
- Erziehungsberatungsstelle: aktuell in der Vergangenheit: _____
Name: _____
- Jugendamt: aktuell in der Vergangenheit: _____
Sachbearbeiter/Sozialrathaus: _____
- Schulpsychologe aktuell in der Vergangenheit: _____
Name: _____
- Psychotherapeut aktuell in der Vergangenheit: _____
Name: _____

VII. Entwicklung des Kindes: - Informationen finden Sie im gelben Untersuchungsheft -

Schwangerschaft verlief: unauffällig Komplikationen, welche? _____

Emotionale/ psychosoziale Belastungen in dieser Zeit

Geburt: spontan Kaiserschnitt Saugglocke/ Zange Komplikationen, welche?

in der ____ Schwangerschaftswoche Geburtsgewicht: _____g. Größe: _____cm

Apgar-Werte: __/__/__

Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr (mehrere Antworten möglich): nein

- Exzessives Schreien schwer zu beruhigen Ein-/Durchschlafstörungen
- Fütter-/Gedeihstörung leicht irritierbar vermied Blickkontakt
- vermied Körperkontakt sonstiges _____

Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung: nein

- Sprachentwicklung: _____
- Motorik: _____
- Sauberkeit
ohne Windel mit _____ Jahren tagsüber mit _____ Jahren nachts
aktuell Probleme: einnässen einkoten
- Brille Paukenröhrchen

- Sozialisation:
- Gut integriert wenig Freunde keine Freunde
- Häufig Konflikte mit Gleichaltrigen häufig Konflikte mit Erwachsenen
- Kindergartenbesuch:
- Unauffällig Trennungsprobleme anderes: _____
-

Ihr Kind besucht im Moment die __ Klasse an der _____ Schule (GS/FS/RS/IGS/HS/Gym)

Einschulung:

- Unauffällig Eingewöhnungsprobleme Vorklasse/Rückstellung
- Grundschulzeit:
- Unauffällig Schwierigkeiten: _____
- Regulär offene Eingangstufe

Weiterführende Schule:

Schulform: _____ Klasse: _____

- Unauffällig Schwierigkeiten: _____
- Schulempfehlung für: _____
- Klasse wiederholt, welche _____

Betreuung außerhalb der Schule _____

den _____

(Datum)

(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Raum für persönliche Anmerkungen: