

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit wir mit Ihnen einen Termin zur Vorstellung Ihres Kindes vereinbaren können, bitten wir Sie, den Anamnesebogen möglichst **vollständig** auszufüllen, beim ersten Termin werden wir diesen gemeinsam mit Ihnen durchgehen und ggf. ergänzen.

Bitte senden Sie uns außerdem die Einverständniserklärung **aller** Sorgeberechtigten (bzw. des Vormunds) zur Behandlung in unserer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis per Post oder E-Mail zu.

Erst wenn **alle** Unterlagen **vollständig** vorliegen, melden wir und bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Zunächst führen wir mit Ihnen und Ihrem Kind ein Vorgespräch in unserer Praxis. Im Anschluss werden wir i. d. R. Termine zur Diagnostik mit Ihnen vereinbaren. In Abhängigkeit von der jeweiligen Problematik oder Fragestellung werden danach mehrere Termine bei einem*r unserer Therapeuten*innen stattfinden. In den meisten Fällen sind diese **Therapeutentermine** nur für ihr Kind allein, ohne Anwesenheit der Eltern.

Die **ärztlichen Termine** finden immer mit den sorgeberechtigten Eltern und dem Kind statt.

Die Diagnostiktermine finden immer vormittags statt, da die Kinder für bestimmte Testverfahren ausgeruht sein müssen.

Oft ist es sinnvoll, auch Kontakte zu anderen Bezugspersonen der Kinder – wie beispielsweise Lehrern – aufzunehmen. Dies findet nur mit einer schriftlichen Schweigepflichtentbindung durch Sie statt.

Nach den Terminen bei den Therapeuten*innen findet ein ärztliches Auswertungsgespräch statt. In diesem Gespräch werden Sie über die Ergebnisse der Diagnostik informiert, über die sich unsere Therapeuten*innen und unsere Ärztin zuvor ausgetauscht haben. Darüber hinaus wird ggf. die Notwendigkeit weitere Maßnahmen besprochen.

Sollten sie verhindert sein, einen Termin wahrzunehmen, ist es unbedingt erforderlich, dass Sie diesen Termin so früh wie möglich, jedoch spätestens zwei Werktage zuvor, **absagen**. Außerhalb der telefonischen Sprechzeiten können Sie eine Nachricht auf dem Anrufbeantworter hinterlassen oder uns unter arztpraxis_kjp@mvz-klinikum-saalekreis.de eine E-Mail schicken. Wir behalten uns vor, Ihnen nicht rechtzeitig oder gar nicht abgesagte Termine/Behandlungen in Rechnung zu stellen (siehe Behandlungsvereinbarung).

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam

Anamnesebogen

Wir bitten Sie, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit wir die Schwierigkeiten Ihres Kindes bestmöglich einschätzen können.

ausgefüllt am: _____

ausgefüllt von: _____

Kind

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Wohnhaft bei: ☐ Mutter ☐ Vater

☐ sonstiges: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Sorgerecht liegt bei: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ beide ☐ sonstige: _____

Schule: _____

Schulform: _____ **Klasse:** _____

Kinderarzt/-ärztin (Name, Anschrift): _____

Überweisungsdiagnose(n): _____

Kindesmutter (leiblich)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Tel.-Nr.: _____

Familienstand (z.B. verheiratet, Zeitraum): _____

Kindesvater (leiblich)

Name: _____

Vorname: _____

Geb.: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

E-Mail: _____

Tel.-Nr.: _____

Familienstand (z.B. verheiratet, Zeitraum): _____

Vorstellungsgrund

Hauptproblem(e):

Wann traten die Probleme erstmals auf? _____

Wer hat die Vorstellung empfohlen? _____

Belastende Lebensereignisse (z.B. Trennungserfahrung, Scheidung der Eltern, Tod wichtiger Bezugspersonen, etc.)

Erwartungen/Ziele der Vorstellung Ihres Kindes in unserer Praxis

Vorbehandlungen/Therapien

☐ nein

☐ ja

Wenn Ja, wo und wann: _____

Entwicklungsgeschichte des Kindes

Bitte entnehmen Sie auch Informationen aus dem Mutterpass, gelben Untersuchungs-(U-)Heft und dem Impfpass.

Falls Sie nicht die leiblichen Kindeseltern sind, woher stammen die nachfolgenden Informationen? _____

Die folgenden 2 Angaben werden durch die Praxis ergänzt:

Impfstatus:	☐ vollständig	☐ unvollständig
U-Heft:	☐ vollständig	☐ unvollständig

Schwangerschaft

Anzahl der Schwangerschaften: _____ **Anzahl der Geburten:** _____

Alter der Mutter bei der Entbindung: _____ **Geburtsort:** _____

geplante Schwangerschaft: ☐ nein ☐ ja

Platz in der Geschwisterreihe: _____ von _____ Kindern

Komplikationen/Risiken: ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Substanzkonsum (z.B. Nikotin, Alkohol, Medikamente, anderes):

☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Geburt

☐ spontane Geburt ☐ eingeleitet Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche

☐ Normalgeburt ☐ Kaiserschnitt Dauer der Geburt: _____

Komplikationen: ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Geburtsparameter: Größe _____ Gewicht _____

Kopfumfang _____ APGAR _____

Auffälligkeiten beim Kind nach der Geburt?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Körperliche und psychische Probleme der Mutter nach der Geburt?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Säuglings- & Kleinkindalter

Stilldauer (-probleme) _____

Gab oder gibt es bei Ihrem Kind als Säugling/Kleinkind Probleme?

- ☐ nein ☐ ja, und zwar: ☐ vermehrtes Schreien
☐ Probleme mit dem Füttern/ Koliken
☐ Schlaf-Wach-Störungen/ Regulationsstörung
☐ Krankheiten / Medikamente
Wenn ja, welche: _____
☐ _____

Meilensteine der Entwicklung (im Alter von ... Monaten, verzögert/früher):

Krabbeln	_____	Sitzen	_____
Stehen	_____	freies Laufen	_____
erste Sätze	_____	erste Worte	_____
tagsüber trocken	_____	nachts trocken	_____
sauber	_____		
Selbstständigkeitsentwicklung _____			

Wie würden Sie das Verhalten Ihres Kindes als Kleinkind beschreiben?

Kinderkrippe/ -gartenbesuch

Hat Ihr Kind eine **Kinderkrippe** besucht?

☐ nein ☐ ja, welchen und ab wann: _____

Gab es Trennungsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja, wie lange: _____

Gab es Schwierigkeiten im sozialen Verhalten?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

andere Probleme?

Hat Ihr Kind einen **Kindergarten** besucht?

☐ nein ☐ ja, welchen und ab wann: _____

Gab es Trennungsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja, wie lange: _____

Gab es Schwierigkeiten im sozialen Verhalten?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

andere Probleme?

Hat Ihr Kind die Kinderkrippe/ den Kindergarten gewechselt?

☐ nein ☐ ja (Wann, Grund): _____

Schulische Entwicklung

Einschulung: Alter: _____ ☐ zeitgerecht ☐ vorzeitig

☐ zurückgestellt, weil _____

☐ Regelschule ☐ Förderschule _____

Aktuell besuchte Schule, Klasse und Schulform _____

Wie beurteilen Sie die Leistung Ihres Kindes?

☐ unterdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ überdurchschnittlich

Klassenwiederholung ☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Schulwechsel ☐ nein ☐ ja (Wann? Grund?): _____

Hinweise auf Teilleistungsstörungen (Lese- und Rechtschreibstörung, Rechenstörung)

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Gibt es einen sonderpädagogischen Förderbedarf?

☐ nein ☐ ja, und zwar: _____

Wie ist das Verhalten Ihres Kindes in der Schule?

Weitere schulische Probleme (z.B. Konzentrationsfähigkeit)

Ggf. Schulabschluss/Werdegang/Ausbildung:

Körperliche Erkrankungen

Welche Krankheiten traten auf? _____

Bekannte Allergien ☐ nein ☐ ja, _____

Hinweise auf Krampfanfälle ☐ nein ☐ ja, _____

Schwere o. chronische Erkrankungen ☐ nein ☐ ja, _____

Operationen/Unfälle ☐ nein ☐ ja, _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme ☐ nein ☐ ja, _____

Brillenträger ☐ nein ☐ ja, _____

Krankenhausaufenthalte/Kur/Reha ☐ nein ☐ ja, _____

Bisherige Behandlungen/Förderungen/Hilfen

Art der Behandlung	Alter (bei Beginn)	Dauer	Warum? Wo? Mit welchem Erfolg?
Kinder- u. Jugendpsychiatrische Behandlung			
Ambulante Psychotherapie			
Ergotherapie, Logopädie, Lerntherapie			
Beratungsstellen			
Schwerbeschädigung, Grad der Behinderung, Pflegestufe, Hilfsmittel			

Hilfen für die Familie

Gibt es Kontakt mit dem Jugendamt?

☐ nein

☐ ja, seit _____

Name Jugendamt: _____

Zuständiger Mitarbeiter*in: _____

Art der Hilfe durch das Jugendamt

Beginn/Dauer/Umfang (pro Woche)

☐ Beratung

☐ Ambulante Hilfen (z.B. Familienhelfer*in)

☐ Teilstationäre Hilfe (z.B. Tagesgruppe)

☐ Vollstationäre Hilfe (z.B. Wohngruppe)

☐ Anderes

Aktuelles

Stärken (Was kann Ihr Kind gut / Was macht Ihr Kind gerne):

Schwächen (Was fällt Ihrem Kind schwer/ was macht es ungern):

Welche Hobbys hat Ihr Kind? (Vereinssport u.a.)

Hat Ihr Kind Probleme beim

☐ Ein- /Durchschlafen

☐ Essen bzw. mit dem Appetit

☐ Freundschaften schließen und aufrecht halten

Gibt es Hinweise, dass Ihr Kind die folgenden Substanzen konsumiert?

Nikotin ☐ nein ☐ ja, Menge _____

Alkohol ☐ nein ☐ ja, Menge _____

Andere Drogen ☐ nein ☐ ja, Menge _____

Wie ausgeprägt ist der Medienkonsum Ihres Kindes?

(durchschnittliche Stundenzahl pro Tag)

- | | | | |
|---|----------------|-----------------------------------|----------------|
| ☐ PC-Spiele | _____ Std./Tag | ☐ Handy | _____ Std./Tag |
| ☐ TV | _____ Std./Tag | ☐ Internet | _____ Std./Tag |
| ☐ soziale Medien | _____ Std./Tag | | |
| ☐ Spielekonsole (z.B. Nintendo, Playstation) | _____ Std./Tag | | |

Sexuelle Entwicklung/Identität: Bestehen sexuelle Interessen/ Kontakte? Bestehen Unsicherheiten /Schwierigkeiten wegen der sexuellen Orientierung/Identität?

Wie beschreiben Sie Ihren Erziehungsstil?

Familiengeschichte

Lebenssituation des Kindes

Das Kind lebt derzeit bei:

- ☐ bei beiden leiblichen Eltern
- ☐ bei leiblicher Mutter ggf. Stiefvater/Ersatzvater? _____
- ☐ bei leiblichem Vater ggf. Stiefmutter/Ersatzmutter? _____
- ☐ in einer Pflegefamilie seit _____
Name der Pflegefamilie _____
- ☐ in einer Adoptivfamilie seit _____
Name der Adoptivfamilie _____
- ☐ in einer Heimeinrichtung seit _____
Name der Einrichtung _____
Bezugserzieher _____

Wenn Eltern getrennt/geschieden:

Wann Trennung _____ Wann Scheidung _____

Umgangsregelung _____

Wohnsituation _____

Finanzielle Situation ☐ gut ☐ ausreichend ☐ angespannt

Werdegang der leiblichen Mutter

Nationalität _____

Schulabschluss ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Ausbildung ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Wochenstunden _____ ☐ Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen

☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Psychische Erkrankungen

☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Behandlung? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Bei getrenntlebenden Eltern:

Lebt Mutter in neuer Partnerschaft? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, **Partner** (Name, Vorname) _____

Alter _____ Tätigkeit _____

Psychische Erkrankungen _____

Weitere körperliche/psychische Erkrankungen in der mütterlichen

Verwandschaft?

Werdegang des leiblichen Vaters

Nationalität _____

Schulabschluss ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Ausbildung ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Aktuelle Tätigkeit ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Wochenstunden _____ ☐ Schichtdienst

Körperliche Erkrankungen

☐ nein ☐ ja, und zwar _____

Psychische Erkrankungen

☐ nein ☐ ja, und zwar _____
Behandlung? ☐ nein ☐ ja, und zwar _____

.....

Bei getrenntlebenden Eltern:

Lebt Vater in neuer Partnerschaft? ☐ nein ☐ ja
Wenn ja, **Partner** (Name, Vorname) _____
Alter _____ Tätigkeit _____
Psychische Erkrankungen _____

.....

Weitere körperliche/psychische Erkrankungen in der väterlichen Verwandschaft?

Geschwister (Halb-/ Stief- und leibliche Geschwister)

Name (+Verwandschaftsverhältnis)	Geburtsjahr	Schule/Beruf	Erkrankungen (körperlich, psychisch)

Aktuelle Auffälligkeiten (dies wird gemeinsam in der Praxis ausgefüllt)

	Kleinkindalter	aktuell	Wenn Ja, in welchem Alter
Ängste	☐	☐	_____
Traurigkeit	☐	☐	_____
Zwänge	☐	☐	_____
Aggressionen	☐	☐	_____
Tics	☐	☐	_____
Daumenlutschen	☐	☐	_____
Haare ausreißen	☐	☐	_____
Nägelkauen	☐	☐	_____
Lügen	☐	☐	_____
Stehlen	☐	☐	_____
Weglaufen	☐	☐	_____
Zündeln	☐	☐	_____
Schulverweigerung/ -angst	☐	☐	_____

Vielen herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe!

Behandlungsvereinbarung

Name, Vorname des Kindes:

geb.:

Str.:

PLZ:

Schweigepflichtentbindung

Um eine bestmögliche Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten und Doppeluntersuchungen zu vermeiden, bitten wir Sie um Mithilfe und die Erteilung Ihres Einverständnisses.

Hiermit entbinde(n) ich/wir die o.g. Praxis für KJPP sowie

Arzt:

Psychologe/Psychotherapeut:

Therapeut:

Beratungsstelle:

Kindergarten/Schule:

Institution (Jugend-/Gesundheits-/Sozialamt):

Klinik/Kur:

Sonstiges:

gegenseitig von ihrer Schweigepflicht.

Befunde und Berichte können erfragt, angefordert und übermittelt werden, Hilfen und Therapieansätze können besprochen werden.

Hiermit vereinbare(-n) ich/wir mit o.g. Praxis für KJPP die Behandlung für oben genanntes Kind.

Hinweis: Grundsätzlich findet ohne die KV-Karte keine Behandlung statt. Falls uns die KV-Karte nicht innerhalb von 10 Tagen vorliegt, behalten wir uns vor, eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen zu stellen. Bitte haben Sie Verständnis, dass wir für fest reservierte Termine, die ohne Absage nicht eingehalten werden, eine Ausfallgebühr von 50,00 € je angefangene halbe Stunde berechnen müssen, sofern die Terminlücke nicht durch einen anderen Patienten geschlossen werden kann (nach § 615 BGB).

Datum:

Unterschrift: ☐ Mutter:

☐ Vater:

☐ Vormund:

☐ Patient ab 18 Jahren:

Diese Einverständniserklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.
Dann findet keine weitere Datenübermittlung statt.