MVZ der Klinikum Saalekreis gGmbH
Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie
Monika Skanta
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Medizinisches VersorgungsZentrum
Basedow-Klinikum-Saalekreis

Sehr geehrte Damen und Herren,

damit ich mit Ihnen einen Termin zur Vorstellung Ihres Kindes vereinbaren kann, bitte ich Sie, den Anamnesebogen möglichst **vollständig** auszufüllen, beim ersten Termin werde ich diesen gemeinsam mit Ihnen durchgehen und ggf. ergänzen.
Bitte senden Sie mir außerdem die Einverständniserklärung **aller** Sorgeberechtigten (bzw. des Vormunds) zur Behandlung in meiner kinder- und jugendpsychotherpaeutischen Praxis per Post oder E-Mail zu.

Erst wenn **alle** Unterlagen **vollständig** vorliegen, melden ich mich bei Ihnen zur Terminvereinbarung.

Zunächst führe ich mit Ihnen (und ggf. Ihrem Kind) ein Vorgespräch in meiner Praxis. Im Anschluss werde ich i. d. R. Termine zur Diagnostik mit Ihnen vereinbaren. In Abhängigkeit von der jeweiligen Problematik oder Fragestellung werden danach mehrere Termine (bis zu 5) stattfinden. In den meisten Fällen sind diese **Probatoriktermine** nur für ihr Kind allein, ohne Anwesenheit der Eltern. Es wird aber auch mindestens einen Termin nur mit Ihnen geben.

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 Probatorikterminen findet ein Auswertungsgespräch statt. In diesem Gespräch werden Sie über die Ergebnisse der Diagnostik informiert und wir besprechen den weiteren Verlauf oder die Notwendigkeit weitere Maßnahmen.

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 mir unter *praxis_kjpqft@mvz-klinikum-saalekreis.de* eine E-Mail schicken. Ich behalte mir 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

Monika Skanta

MVZ der Klinikum Saalekreis GmbH
Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie
Monika Skanta
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Medizinisches VersorgungsZentrum
Basedow-Klinikum-Saalekreis

Anamnesebogen

Ich bitte Sie, die Fragen möglichst vollständig zu beantworten, damit ich 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 Verwandtschaft?

_____

_____

_____

_____

_____

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 Verwandtschaft?

_____

_____

_____

_____

_____

Geschwister (Halb-/ Stief- und leibliche Geschwister)

Name (+Verwandtschaftsverhältnis)	**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!

MVZ der Klinikum Saalekreis GmbH
Praxis für Kinder- und Jugendpsychotherapie
Monika Skanta
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Medizinisches VersorgungsZentrum
Basedow-Klinikum-Saalekreis

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 KJP 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 Therapievorschläge können besprochen werden.

Hiermit vereinbare(-n) ich/wir mit o.g. Praxis für KJP 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.