



Anamnesefragebogen für Eltern

Patient/in:

Name: _____

Geb.-Datum: _____

Vorstellungsanlass, Beschwerden, Vorbehandlungen:

Auffälligkeiten oder Belastungen während der **Schwangerschaft**:

Geburt in der wievielten Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsgewicht in g: _____ Größe in cm: _____

Komplikationen: _____

Gestillt? Wenn ja, wie lange? _____

Frühkindliche Entwicklung:

Neugeborenenphase (übermäßiges Schreien, Schlafverhalten, Temperament):

Laufen ☐ altersgerecht ☐ früh ☐ spät

Sprachentwicklung ☐ altersgerecht ☐ früh ☐ spät

mehrsprachig aufgewachsen? ☐ ja ☐ nein

Sprachen: _____

Sprachstörungen? _____

sauber (Stuhlgang) mit _____ Jahren

trocken (Urin) tagsüber mit _____ Jahren

nachts mit: _____ Jahren

Körperliche Anamnese:

Aktuelle Größe: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Appetit: ☐ gut ☐ wenig ☐ zu viel ☐ unregelmäßig ☐ Essattacken

Nehmen Sie gemeinsam Mahlzeiten ein? ☐ ja ☐ nein

falls ja, welche? _____

Schlaf: ☐ gut ☐ wenig ☐ zu viel ☐ im Bett der Eltern
☐ Stunden im Durchschnitt _____ ☐ Durchschlafstörungen
☐ Einschlafstörungen

Bei Mädchen: erste Monatsblutung mit _____ Jahren

Suchtmittel: ☐ Alkohol ☐ Nikotin ☐ Cannabis ☐ sonstige Drogen _____

Verletzt sich ihr Kind selbst? ☐ ja ☐ nein

falls ja, womit und wie häufig _____

Hatte Ihr Kind **Unfälle/ Operationen? Belastende Erlebnisse?**

Wurde Ihr Kind von Ihnen getrennt im Kleinkindalter? _____

Hat Ihr Kind eine **körperliche Erkrankung?** _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Falls ja, bitte notieren _____

Besonderheiten in der Entwicklung/ Erziehung, unübliche Kinderkrankheiten etc.:

Krippe/ Kindergarten/ Schule/ Ausbildung/ Studium

Krippe/ Tagesmutter:

Eintritt mit _____ Jahren

Gerne gegangen? _____ regelmäßig? _____

Eingewöhnungsschwierigkeiten/ Auffälligkeiten/ Autonomieverhalten? _____

Kindergarten:

Eintritt mit _____ Jahren
Gerne gegangen? _____ regelmäßig? _____
Eingewöhnungsschwierigkeiten/ Auffälligkeiten/ Autonomieverhalten? _____

Schule:

Einschulung mit _____ Jahren
Eingewöhnungsschwierigkeiten? _____

Schulische Leistungen: _____
Klasse wiederholt? _____
Hausaufgaben: _____
Sonstiges? _____

Ausbildung:

Welche? _____
Beginn: _____
voraussichtliches Ende: _____
falls bereits beendet, wann: _____

Studium

Universität: _____
Studienfächer: _____
aktuelles Studiensemester: _____

Familienbeziehungen:

Beziehung zur Mutter: _____
Beziehung zum Vater: _____
Beziehung zu den Geschwistern: _____

Familiäre Belastungen:

Finanzielle, psychische Belastungen oder medizinische Erkrankungen von Familienmitgliedern,
Todesfälle, etc.:

Freizeitverhalten:

Wie verbringt Ihr Kind die Freizeit?

Hobbys/ Vereine: _____

Hat ihr Kind Freunde? _____ Wieviele? _____

Hat ihr Kind Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? _____

Wieviel Zeit verbringt Ihr Kind täglich

...vor dem Fernseher:

_____ Stunden pro Tag,

...vor Handy, Spielekonsole, im Internet:

_____ Stunden pro Tag,

...mit Hausaufgaben/ Lernen:

_____ Stunden pro Tag,

Wann kommt Ihr Kind von der Schule nach Hause?

Vater: _____

Wann kommen Sie von der Arbeit nach Hause?

Mutter: _____

Gemeinsame Zeit:

Wieviel Zeit verbringen Sie mit Ihrem Kind täglich:

...bei den Hausaufgaben:

_____ Stunden pro Tag,

...vor dem Fernseher:

_____ Stunden pro Tag,

...mit gemeinsamen Aktivitäten (Sport, Lesen, Spielen): _____ Stunden pro Tag,

Gibt es weitere Informationen, die wir kennen sollten?

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Großmutter

☐ Großvater

☐ _____

Bringen Sie diesen Fragebogen bitte ausgefüllt zum ersten Sprechstundentermin mit.

Bitte bringen Sie auch das Versichertenkärtchen Ihres Kindes, die letzten beiden Schulzeugnisse **in Kopie** sowie wichtige Vorbefunde (falls vorhanden) **in Kopie** mit.

Herzlichen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens!

Datum

Unterschrift