



THERAPIEHAUS
FEUERSTEIN

ANAMNESEBOGEN

Kontaktdaten (Hauptversicherter)

Anschrift: _____

Telefon / Mobil: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse inkl. Adresse:

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Versichertennummer: _____

Kinderarzt / Hausarzt
inkl. Adresse _____

Aktuelle Symptomatik
in Kürze

Beginn / Auslöser _____

Problemlöseversuche: _____

Medikation: _____

Vorbehandlung:

Von ... bis ...

Behandler

Grund der Behandlung

Erkrankungen / Allergien

Interessen / Hobby / Freizeit

Medienkonsum:

Ressourcen:

Angaben zu den Kindseltern

	Kindesmutter	Kindsvater
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum		
Familienstand		
Ggf. abweichende Anschrift		
Hauptversicherter mit Versicherungsnummer		
Ausbildung/ Beruf		
Arbeitszeit		
Stichwortartige Selbstbeschreibung		
Stichwortartige Beschreibung der aktuellen Beziehung und Kommunikation zu Ihrem Kind		

Stichwortartige Beschreibung Ihres jeweiligen Erziehungsstils		
Sonstiges		

Sorgerecht

- Gemeinsames Sorgerecht
- Alleiniges Sorgerecht liegt bei _____
- Vormund/ Adoptiveltern (Name,
Anschrift, Kontaktdaten): _____

- Teile des Sorgerechts wurden übertragen:
- Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei _____
- Gesundheitsfürsorge liegt bei _____

Aktuelle Lebenssituation

Wer lebt mit dem Kind in einem Haushalt?

Gibt es Geschwister?

Name / Alter

Sonstiges

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Sonstige wichtige Bezugspersonen:

Krankheiten/ Einschränkungen in der Familie:

Beschreiben Sie stichwortartig die aktuelle Atmosphäre innerhalb Ihrer Familie:

Lebensgeschichte Informationen

Schwangerschaft

Gab es während der Schwangerschaft emotionale Belastungen? Wenn ja, welche?

Traten während der Schwangerschaft somatische Komplikationen auf? Wenn ja, welche? In welcher SSW?

Erbrechen Blutungen Toxoplasmose Cytomegalie-Virus Zuckerkrankheit

Sonstige: _____

Mussten Sie Medikamente einnehmen? Wenn ja, welche?

Wie viele Zigaretten rauchten Sie durchschnittlich pro Tag während der Schwangerschaft?

Keine _____ Stk.

Wie viel Alkohol tranken Sie während der Schwangerschaft?

Keinen Ab und zu bei festlichen Anlässen Regelmäßig in kleinen Mengen (höchstens 1 Glas/ Tag) Mehr als 1 Glas pro Tag

Gab es einen sonstigen Substanzkonsum?

Nein Wenn ja, welchen? In welcher Intensität?

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? _____ Woche

Art der Entbindung:

Natürliche Geburt Primäre sectio (geplanter Kaiserschnitt) Sekundäre Sectio (Umstieg auf einen Kaiserschnitt) Wunschkaiserschnitt

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____

APGAR-Werte: _____

Gab es Komplikationen/ Besonderheiten während der Geburt?

Stillzeit

Haben Sie ihr Kind gestillt?

Wenn ja, wie lange? _____

Wenn nein, weshalb nicht? _____

Erstes Lebensjahr Ihres Kindes

Gab es Ernährungsschwierigkeiten? Wenn ja, welche?

Litt Ihr Kind an Bauchkoliken/ Nahrungsunverträglichkeiten?

Hat ihr Kind übermäßig viel geschrien? Wenn ja, durchschnittlich wie lange am Tag?

Wann hat ihr Kind in den Schlafrhythmus gefunden/ durchgeschlafen?

Traten im ersten Lebensjahr schwere Erkrankungen oder Unfälle auf?

Erstes Lebensjahr Ihres Kindes

Ihr Kind konnte alleine sitzen mit _____ Monaten.

Ihr Kind konnte alleine stehen mit _____ Monaten.

Ihr Kind konnte alleine gehen mit _____ Monaten.

Ihr Kind konnte alleine sprechen mit _____ Monaten.

Gab es Sprachauffälligkeiten? Wenn ja, welche?

Beschreiben Sie das Temperament/Verhalten Ihres Kindes in den ersten Lebensjahren:

Kindergartenalter

	Kinderkrippe/ sonstige Fremdbetreuung	Kindergarten
Von... bis...		
Häufigkeit		
Eingewöhnung		
Ging Ihr Kind gerne hin?		
Sozialverhalten		
Verhaltensauffälligkeiten		
Rückmeldungen der ErzieherInnen		

Schulalter

Einschulungsalter	
Sonderklassen, Spezialschulen	
Eingewöhnungsschwierigkeiten	
Klassenwiederholung	
Klassenübersprung	
Sozialverhalten	
Schulische Leistungen	
Lieblingsfächer	

„Problemfelder“	
Lernverhalten	
Verhaltensauffälligkeiten	
Hausaufgabenschwierigkeiten	
Sonstige Schwierigkeiten	
Aktuelle Schule, Klasse	
Schultyp	
Klassenlehrer	

Wer hat den Anamnesebogen ausgefüllt?

Mutter

Beide

Vater

Andere Person _____

Datum

Unterschrift