



Anamneseblatt

	Kind:	Mutter:	Vater:
<i>Familienname:</i>			
<i>Vorname:</i>			
<i>Vers.:</i>			
<i>Vers.-Nr.:</i>			
<i>Geburtsdatum:</i>			
<i>Nationalität:</i>			
<i>Alter:</i>			
<i>Gewicht:</i>			
<i>Größe:</i>			
<i>Geschlecht (Kind):</i>	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		
<i>Anschrift:</i> (Straße, Nr., Ort)			
<i>Telefonnummer:</i>			
<i>E-Mail:</i>			

Worüber machen Sie sich folgende Personen/Institutionen am meisten Sorgen?

Mutter:

Vater:

Kindergarten/Schule/Ausbildung:

Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen beim Kind (Elternsicht)

(bitte ankreuzen)	keine	gering	mäßig	Groß	sehr groß
Schule/Ausbildung/Studium:					
Hausaufgaben/Lernen:					
Alltagserledigungen:					
Familienleben:					
Kontakt zu Freunden:					
Partnerschaft:					
Freizeitgestaltung:					
Körperliche Leistungsfähigkeit:					

Familienanamnese

Adoptivkind: ja nein

Pflegekind: ja nein

Eltern getrennt: ja nein Ja, seit _____

Alleinerziehende/er: ja nein Ja, seit _____

Erziehungshaltung übereinstimmend: ja nein

Sorgerecht: Elternteil Vormund Adoptiveltern

Beruf Vater: _____

Beruf Mutter: _____

Geschwisterposition

_____ Kind von insgesamt _____ Geschwistern.

	1	2	3	4
Name:				
Alter:				

Psychische Störungen oder chronische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie

Diagnosen mütterlicherseits	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma	Opa	Sonstige Verwandte
1.					
2.					
3.					
Diagnosen väterlicherseits	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma	Opa	Sonstige Verwandte
1.					
2.					
3.					

Schwangerschaft

War die Schwangerschaft geplant? ja nein ja, von der Mutter ja, vom Vater

Substanzkonsum während der Schwangerschaft

Nikotin	Alkohol	Drogen	Medikamente
<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> ja, _____	<input type="checkbox"/> ja, _____
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Hat es während der Schwangerschaft Besonderheiten gegeben?

<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> geschwollene Beine (Ödeme)
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Stress o. seelische Belastung
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Unfälle, Krankenhausaufenthalt

Weitere bzw. nähere Anmerkungen zur Zeit der Schwangerschaft (z.B. familiäre Belastungen, Depression, Zweifel das Kind behalten zu wollen, Ängste vor einer Behinderung, ...):

Geburt

Geburtsverlauf

_____ SSW Größe: ___ cm	Apgar: ___ / ___ / ___ Gewicht: _____ g	<u>Art der Geburt</u> <input type="checkbox"/> stationäre Geburt <input type="checkbox"/> ambulante Geburt <input type="checkbox"/> Hausgeburt <input type="checkbox"/> Geburtshaus <input type="checkbox"/> Wassergeburt	<u>Entbindungsart</u> <input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Saugglockengeburt <input type="checkbox"/> Geburtszange <input type="checkbox"/> Wunschkaiserschnitt <input type="checkbox"/> Not-Kaiserschnitt
--------------------------------	--	--	--

Gab es Komplikationen während der Geburt? ja nein

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Langdauernde Geburt | <input type="checkbox"/> Nabelschnurvorfal oder | <input type="checkbox"/> Falsche Lage des Kindes |
| <input type="checkbox"/> Langdauernde Presswehen | <input type="checkbox"/> Umschlingung | <input type="checkbox"/> Beckenendlage |
| <input type="checkbox"/> Blasensprung/ Fruchtwasser | <input type="checkbox"/> Schlechte Herztöne des | <input type="checkbox"/> Querlage |
| <input type="checkbox"/> Abgang < 6 Std. vor Geburt | <input type="checkbox"/> Kindes | <input type="checkbox"/> Gesichtslage |

Wenn in den ersten Lebenswochen Probleme auftraten, wie belastend waren diese?

Problem/Störung	ja	nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	Gering	Mittelstark	Sehr stark
Gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Atemstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Trinkschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Fütter- und Gedeihstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Erbrechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Dreimonatskoliken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Anhaltendes Schreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Entwicklung

Motorische Entwicklung

Wie ist die motorische Entwicklung (ungefähr) verlaufen?	Alter in Monaten
Wann ist das Kind gekrabbelt?	_____ Monate
Wann konnte es allein sitzen?	_____ Monate
Wann konnte es freistehen?	_____ Monate
Wann konnte es freilaufen?	_____ Monate
Bauch- und Rückenlage in der Wachphase wurden toleriert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist sehr bewegungsfreudig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind vermeidet Bewegungsaktivität?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind praktiziert(e) den Zehenspitzenengang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Sprachentwicklung

Wie ist die sprachliche Entwicklung verlaufen?	Alter in Monate	
Wann konnte es erste Worte sprechen?	_____	Monate
Wann konnte es einfache Sätze bilden?	_____	Monate
Hat es sich mit Zeigen, Winken mit der Hand im 1. LJ verständigt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat(te) es Schwierigkeiten beim Lautieren, Brabbeln im 1. LJ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Werden in der Familie andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zeigt das Kind Auffälligkeiten in der Aussprache (welche)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Was waren die ersten Worte des Kindes?		

Trafen oder treffen folgende sprachlichen Auffälligkeiten auf ihr Kind zu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Das Kind nimmt/nahm bei der Ansprache keinen Blickkontakt auf. | <input type="checkbox"/> Das Kind schaut(e) dem anderen beim Sprechen nur wenig oder gar nicht in die Augen. | <input type="checkbox"/> Das Kind reagiert(e) nicht, wenn man es beim Namen ruft/rief. |
| <input type="checkbox"/> Das Kind benutzt(e) eine Eigensprache. | <input type="checkbox"/> Das Kind spricht nur in bestimmten Situationen, obwohl es sprechen kann. | <input type="checkbox"/> sonstige: |

Sauberkeitsentwicklung

Wie ist die Sauberkeitsentwicklung verlaufen?	Alter in Monaten
Wann war es tagsüber trocken?	_____ Monate
Wann war es tagsüber sauber?	_____ Monate
Wann war es nachts trocken?	_____ Monate
Wann war es nachts sauber?	_____ Monate

Auffälligkeiten in der sensorischen Wahrnehmung

- | | | |
|--------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sehen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hören: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Schlafverhalten

- | | | |
|---|--|---|
| Wie ist das aktuelle Schlafverhalten des Kindes? | <input type="checkbox"/> unauffällig | <input type="checkbox"/> wacht immer wieder auf
<input type="checkbox"/> hat Alpträume
<input type="checkbox"/> schläft lange nicht ein
<input type="checkbox"/> schläft nur mit Lichtquelle |
| Wo schläft das Kind? | <input type="checkbox"/> im eigenen Bett
<input type="checkbox"/> im eigenen Zimmer | <input type="checkbox"/> bei den Eltern
<input type="checkbox"/> bei Geschwistern |
| Wann geht das Kind abends zu Bett? | _____ Uhr | |
| Wann steht es morgens auf? | _____ Uhr | |
| Nutzt das Kind vor dem Schlafen länger Fernseher; Handy, PC...? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Entwicklung der Händigkeit

Zeigt das Kind eine
Bevorzugung einer Hand

ja

nein

linkshändig

rechtshändig

Wurde die Händigkeit des
Kindes aus erzieherischen
Gründen verändert?

ja

nein

Zeigt das Kind besondere
händische Schwierigkeiten?

ja, beim

nein

Malen Basteln

Umgang mit Schere

Umgang mit Stift

Kann sich das Kind
selbständig anziehen?

ja

nein, es benötigt Hilfe beim

Reißverschluss

Schleife binden

Knöpfe schließen/öffnen

Bisherige Therapien

	<i>Wo?</i>	<i>Wann?</i>	<i>Therapeut*in:</i>
Physiotherapie:			
Ergotherapie:			
Logopädie:			
Musiktherapie:			
Psychotherapie:			
Psychologische Diagnostik:			
Frühförderung:			
Tagesklinik / Psychiatrie			

Andere: _____

Informations- und Aufklärungsblatt

Klinisch-psychologische Diagnostik ist die Untersuchung, Auslegung, Änderung und Vorhersage des Erlebens und Verhaltens von Menschen unter Anwendung wissenschaftlich-psychologischer Erkenntnisse und Methoden.

Im Falle krankheits- oder urlaubsbedingter Abwesenheit ist eine Vertretung durch eine andere klinische Psycholog*in zulässig, sofern aus fachlicher Sicht nichts dagegenspricht.

Vereinbarte Einheiten sind bei Versäumen des Termins durch Sie zur Gänze zu bezahlen, es sei denn, der Termin wurde Ihrerseits nachweislich zumindest 24 Stunden vor Beginn der Behandlungseinheit abgesagt.

Gemäß den Bestimmungen des Psychologengesetzes erfolgte beim ersten Termin eine Aufklärung über die Vorgangsweise bei der klinisch-psychologischen Diagnostik, der voraussichtlichen Ablauf (Art, Umfang, Setting, Vertretungsregelung), die voraussichtliche Gesamtdauer, die Art der angewendeten Methoden, die Kosten der Diagnostik, allfällige Datenweitergabe, Verarbeitung von Daten sowie auf die Notwendigkeit der Konsultation eines Arztes bei Vorliegen eines Verdachts auf bestehende somatische Beschwerden hingewiesen.

Klinische Psycholog*innen sind gesetzlich verpflichtet, über jede von ihnen gesetzte klinisch-psychologische Maßnahme Aufzeichnungen zu führen. Auf Verlangen sind Auskünfte über die geführte Dokumentation sowie Einsicht in die Dokumentation zu gewähren oder gegen Kostenersatz die Herstellung von Abschriften zu ermöglichen. Es besteht eine Verpflichtung, die Dokumentation zehn Jahre aufzubewahren.

Sie erklären sich mit ihrer Unterschrift einverstanden, dass die Dokumentation, Verarbeitung und Übermittlung ihrer personenbezogenen Daten - auch elektronisch - erfolgen kann.

Den gesetzlichen Sozialversicherungsträgern werden Daten übermittelt, die zur Abrechnung und Kontrolle notwendig sind. Es empfiehlt sich deshalb bei der Preisgabe von Inhalten, die Ihrer Ansicht nach nicht weitergegeben werden dürfen, zuvor explizit auf diesen Umstand hinzuweisen. Eine gesonderte Einverständniserklärung ist aufgrund der DSGVO diesbezüglich zu unterschreiben.

Ich habe obiges Informationsblatt gelesen und bin mit dessen Inhalt vollkommen einverstanden:

Datum

Unterschrift