Privatpraxis für Psychotherapie
Sina Schöne

Biografischer Anamnesebogen
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie / Diagnostik

Bevor Sie mit dem Ausfüllen beginnen:

Mit diesem Fragebogen sollen Informationen über die Beschwerden und die Lebensgeschichte des Kindes gesammelt werden. Ihre Auskunft hilft dabei, die psychotherapeutische Behandlung / Diagnostik vorzubereiten und ggf. die Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu beantragen.

All Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name:_____

Vorname:_____

Geburtsdatum:_____

Geschlecht: _____

Adresse:_____

Telefon:_____

E-Mail:_____

Schule / Kindergarten:_____

Klasse:_____

Hausarzt / Kinderarzt:_____

Körpergröße: _____ Gewicht:_____

Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

Mit der Vorstellung meines o.g. Kindes in der Privatpraxis für Psychotherapie Sina Schöne bin ich einverstanden:

_____

Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

_____

Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:
Mit der Vorstellung des o.g. Kindes in der Privatpraxis für Psychotherapie Sina Schöne bin ich einverstanden.

_____

Datum, Unterschrift der/des Sorgeberechtigten

Angaben zu den Sorgeberechtigten

(Leibliche) Mutter

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Schulausbildung: _____

Erlernter Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Familienstand:

- Verheiratet seit: _____
- Getrennt lebend seit: _____
- Geschieden seit: _____
- Wiederverheiratet seit, mit: _____
- Sonstiges: _____

Sind bei Ihnen, Ihren Geschwistern oder anderen Verwandten besondere Erkrankungen (seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche und bei wem?

_____

_____

(Leiblicher) Vater

Name: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Schulausbildung: _____

Erlernter Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Familienstand:

- Verheiratet seit: _____
- Getrennt lebend seit: _____
- Geschieden seit: _____
- Wiederverheiratet seit, mit: _____
- Sonstiges: _____

Sind bei Ihnen, Ihren Geschwistern oder anderen Verwandten besondere Erkrankungen (seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche und bei wem?

_____

_____

Sorgerecht
☐ gemeinsames Sorgerecht
☐ alleiniges Sorgerecht Mutter
☐ alleiniges Sorgerecht Vater
☐ sonstige Regelung: _____

Bitte Nachweise mitbringen.

Besteht / Bestand Kontakt zum Jugendamt?
☐ nein
☐ ja

Falls ja, in welchem Zusammenhang (Unterhaltsangelegenheiten, Familienhilfe…)?

_____

Zuständiger Ansprechpartner beim Jugendamt: _____

Krankenversicherung / Beihilfe

☐ private Krankenversicherung
☐ Beihilfe
☐ Selbstzahler/in

Versicherung: _____

Beihilfeberechtigt:
☐ ja
☐ nein

Name des Hauptversicherten: _____

Geburtsdatum Hauptversicherte/r: _____

Anlass der Vorstellung

Wer hat die Vorstellung empfohlen?
☐ Kinderarzt
☐ Schule
☐ Jugendamt
☐ eigene Initiative
☐ andere: _____

Was ist der aktuelle Anlass für die Anmeldung?

_____

_____

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?
_____

Aktuelle Beschwerden

Bitte Zutreffendes ankreuzen und ggf. genauer beschreiben:

<u>Emotionale Beschwerden</u>
☐ Ängste
☐ Traurigkeit
☐ Rückzug
☐ Stimmungsschwankungen

☐ geringe Frustrationstoleranz
☐ Zwänge
☐ Sorgen
☐ Selbstwertprobleme

Verhalten
☐ Wutanfälle
☐ aggressives Verhalten
☐ oppositionelles Verhalten
☐ Impulsivität
☐ Konzentrationsprobleme
☐ Hyperaktivität

Schule / Lernen
☐ Schulvermeidung
☐ Leistungsprobleme
☐ Konflikte mit Lehrkräften
☐ Konflikte mit Mitschülern
☐ Prüfungsangst

Körperliche Beschwerden
☐ Schlafprobleme
☐ Bauchschmerzen
☐ Kopfschmerzen
☐ Essprobleme
☐ Einnässen / Einkoten

Soziale Situation
☐ Probleme mit Freundschaften
☐ Mobbingerfahrungen
☐ soziale Unsicherheit
☐ Konflikte in der Familie

Sonstige Beschwerden:

_____

_____

Familiäre Situation

Mit wem lebt das Kind zusammen?

_____

Geschwister (Name, Geburtsdatum)

_____

_____

_____

_____

Sind bei den Geschwistern besondere Erkrankungen (z.B. seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen) aufgetreten?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche und bei wem?

_____

_____

Beschreiben Sie die Wohnsituation des Kindes (z.B. eigenes Zimmer, teilt sich Zimmer mit…, eigenes Haus, Mietwohnung etc.)

_____

_____

_____

<u>Besondere familiäre Belastungen:</u>
☐ Trennung / Scheidung
☐ Erkrankung eines Familienmitglieds
☐ psychische Erkrankungen in der Familie
☐ Todesfall
☐ finanzielle Belastungen
☐ Konflikte innerhalb der Familie
Sonstiges:
_____

Schwangerschaft und frühe Entwicklung

Gab es Besonderheiten während….

☐ der Schwangerschaft
Welche (z.B. Erbrechen, Blutungen, Krankenhausaufenthalte)?

_____

_____

☐ der Geburt
Welche (z.B. Notkaiserschnitt, Saugglocke etc.)?

_____

_____

Geburtsgewicht: _____g Geburtsgröße: _____cm

Erfolgte die Geburt ungefähr zum errechneten Termin? ☐ ja ☐ nein

Falls nein, war es eine….
☐ Frühgeburt (Woche:_____) ☐ verspätete Geburt (Woche:_____)

Gab es nach der Geburt Besonderheiten beim Kind (z.B. Antibiotikagabe, Gelbsucht etc.?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

Gab es nach der Geburt Besonderheiten bei der Mutter (z.B. Wochenbettdepression, körperliche Probleme etc.)?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?

☐ nein
☐ ja
Falls ja, wie viel und in welchem Schwangerschaftsmonat?

_____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, wie viel und in welchen Schwangerschaftsmonat?

_____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente eingenommen?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche und in welcher Dosis?

_____

Gab es Entwicklungsauffälligkeiten?
☐ Sprache
☐ Motorik
☐ Sauberkeitsentwicklung
☐ Sozialverhalten
☐ Ernährungs-/Fütterprobleme
☐ Schlafprobleme

Falls ja, bitte genauer beschreiben:

_____

_____

Hat das Kind einen Kindergarten besucht?
☐ ja
☐ nein
Falls nein, wer hat das Kind betreut?

_____

Wurden von den Betreuern auffällige Verhaltensweisen des Kindes beschrieben?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche?

_____

Schule

Name und Klasse der aktuellen Schule:

_____

Wurde das Kind regulär eingeschult:
☐ ja
☐ nein
Falls nein, warum nicht:

_____

Gab es Klassenwiederholungen?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, in welche Klasse und warum?

_____

Gab es Schulwechsel (außer von Grundschule auf weiterführende Schule)?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, wann, von wo nach wo und wieso?

_____

Medizinische Vorgeschichte

Frühere Erkrankungen / Operationen:

_____

_____

Aktuelle Medikamente:

_____

Bekannte Diagnosen:

_____

_____

Bestehen aktuell ärztliche Behandlungen? Wenn ja, bei wem und weswegen?

_____

_____

_____

Gab es in der Vergangenheit Suizidversuche?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche Belastungsfaktoren lagen vor?

_____

Psychotherapeutische / psychiatrische Vorbehandlungen

Gab es bereits psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen?
☐ nein
☐ ja

Falls ja:

Wann? _____

Bei wem? _____

Diagnosen / Inhalte:

_____

_____

_____

Welche relevanten Testverfahren (z.B. IQ-Test, Lese-Rechtschreibtest) wurden durchgeführt und mit welchem Ergebnis?

_____

_____

Andere Vorbehandlungen

Bekam oder bekommt das Kind andere therapeutische Behandlungen (z.B. Logopädie, Ergotherapie)?
☐ nein
☐ ja
Falls ja, welche und wann:

_____

Ressourcen und Stärken

Was gelingt dem Kind / Jugendlichen gut?

_____

_____

_____

Hobbys / Interessen:

_____

Besondere Stärken:

_____

Ziele der Behandlung

Welche Veränderungen wünschen Sie sich?

_____

_____

Bestätigung

Ich/Wir bestätigen die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben.

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r

_____
Unterschrift Sorgeberechtigte/r