



Anamnestischer Fragebogen

Die in diesem Fragebogen erhobenen Daten unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht. Sollte der vorgegebene Platz nicht ausreichen, können Sie Ihre Angaben auf der Rückseite oder einem zusätzlichen Blatt ergänzen. Bitte kennzeichnen Sie diejenigen Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind mit einem Fragezeichen oder mit zusätzlichen Anmerkungen.

PATIENT

Name, Vorname: _____

Geboren am: ____ . ____ . ____

FAMILIE UND BEZUGSPERSONEN

	Name(n)	Alter	Beruf
Leibliche Mutter			
Leiblicher Vater			
Leibliche Geschwister			
Andere wichtige Bezugsperson(en)			

Gibt oder gab es Besonderheiten bezüglich der familiären Situation?

ja

nein

Wenn ja: welche? Z.B. Scheidungen, räumliche Trennungen und Wohnsituation, Todesfälle, Heimaufenthalte etc.

FAMILIÄRE VORERKRANKUNGEN

Sind körperliche oder psychische Erkrankungen innerhalb der Familie bekannt?

ja

nein

Wenn ja: bei wem und welche?



CHRISTINA M. DAHM

& KOLLEGEN | PSYCHOTHERAPEUTEN

Praxis für Kinder, Jugendliche & Familien

BIOGRAFISCHE ANGABEN

Wann hat sich das Elternpaar kennengelernt? _____

War die Schwangerschaft geplant? ja nein

Gab es während der Schwangerschaft Belastungen, Unfälle oder Komplikationen? ja nein

Wenn ja: welche? _____

Angaben zur Geburt, z.B. Spontangeburt, geplanter Kaiserschnitt, Notkaiserschnitt, Frühgeburt, Besonderheiten wie Zangengeburt, Saugglocke, Steißgeburt, Sauerstoffmangel, Nabelschnurumschlingung um den Hals, Brutkasten u.a.

Wurde die Patientin / der Patient gestillt? ja nein

Gab es Auffälligkeiten in der frühkindlichen Entwicklung (Sprache, Motorik etc.)? ja nein

Wenn ja: welche? _____

Gibt oder gab es sonstige Belastungen oder besondere Vorkommnisse? ja nein

Wenn ja: welche? _____

Gab es Komplikationen bei der Kindergarten-Eingewöhnung oder beim Schulübertritt? ja nein

Wenn ja: welche? _____

AKTUELLE LEBENSSITUATION

Derzeitige Klassenstufe/Lehrjahr/Fachsemester: _____ Schulform: _____

Durchschnittliche schulische Leistungen (in Schulnoten): 1 2 3 4 5 6

Kontakte zu Mitschülern: viele mittel wenig keine

Gibt oder gab es Konflikte mit Mitschülern oder anderen Personen? ja nein

Wenn ja: welche? _____

Anzahl der Freunde (auch außerhalb der Schule): viele mittel wenig keine

Mediennutzung (Handy, PC, TV, Tablet etc.): viel mittel wenig keine



CHRISTINA M. DAHM

& KOLLEGEN | PSYCHOTHERAPEUTEN

Praxis für Kinder, Jugendliche & Familien

PERSÖNLICHKEIT

Hobbys und Interessen: _____

Positive Eigenschaften und Fähigkeiten:

Negative Eigenschaften:

Ziele einer Therapie:

WEITERE ANMERKUNGEN

Welche weiteren nennenswerten Anmerkungen gibt es? Z.B. prägende Ereignisse oder Erlebnisse, Todesfälle in der Familie oder im Freundeskreis, belastende wohnliche und/oder finanzielle Situation, Drogen- und Alkoholkonsum, selbstverletzendes Verhalten, suizidale Gedanken, Angaben zur Vorbehandlung und ärztlichen Anbindung, ...

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift