KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Anamnesebogen für die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis

Angaben zur/zum Patientin/Patienten		**Angaben zur/zum Sorgeberechtigten sowie Hauptversicherten**	
Name der/des Patientin/ -en		**Name Sorgeberech-tigte/-r**	
Vorname der/des Patientin/ -en		**Vorname Sorge-berechtigt/-r**	
Geburtsdatum (Kind)		**Telefon-Nummer**	
Straße und Hausnummer		**Handy-Nummer**	
PLZ und Ort		**E-Mail**	
Kinderarzt		**Haupt-versicherte/-r**	
Heutiges Datum		**Geburtsdatum (Haupt-versicherte/-r)**	

Liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten,

schön, dass wir Sie demnächst in unserer Praxis begrüßen dürfen. Wir würden uns freuen, wenn Sie die folgenden Fragen, soweit es für Sie möglich ist, zu beantworten und den Fragebogen dann entweder vor Ihrem ersten Termin an uns zurücksenden (per E-Mail oder mit der Post) oder zum ersten Termin mitbringen. Vielen Dank!

Bitte markieren Sie Fragen, die Sie mit der Ärztin gerne ausführlicher besprechen möchten!

Eigenanamnese:
In diesem Teil möchten wir Sie bitten, uns einige Informationen zu der Schwangerschaft und der Entwicklung des Kindes zu nennen.

Angaben zur Schwangerschaft: *Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen.*

1 Verlauf: ☐ unauffällig ☐ auffällig, wenn ja welche Auffälligkeiten?

_____

_____

Geburt:

2. In welcher Schwangerschaftswoche:_____ 3. Gab es Komplikationen/Besonderheiten bei der Geburt?

_____

_____

4. Gewicht:_____g Länge:_____cm APGAR:_____Punkte Kopfumfang:_____cm

Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft.

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Neugeborenenperiode:

5. Gab es Auffälligkeiten/Besonderheiten in den ersten Lebenswochen und -monaten Ihres Kindes?

Kleinkindperiode:

6. Gab es Besonderheiten in der motorischen und/oder sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes und/oder in der Sauberkeitsentwicklung?

Krabbelgruppe / Kindergarten:

7. Hat Ihr Kind eine/n Tagesmutter/-vater und/oder einen Kindergarten besucht und gab es Besonderheiten während dieser Zeit?

Schullaufbahn:

8. Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant? _____

9. In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind zum heutigen Zeitpunkt? _____

10. Besucht Ihr Kind einen offenen Ganztag? ☐ nein ☐ ja

11. Gibt es Schulprobleme? ☐ nein ☐ ja, welche? _____

12. Welche Schulen wurden bisher besucht?

13. Liegt bereits ein Schulabschluss vor? ☐ nein ☐ ja, welcher?

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

Freizeitbeschäftigung:

14. Welche Interessen/Hobbies hat Ihr Kind? _____

Gesundheitszustand:

15. Welche Kinderkrankheiten sind bekannt? _____
16. Gibt es sonstige Krankheiten/Operationen? _____
17. Wann fand die letzte ärztliche Untersuchung der **Augen** statt? _____

    Mit welchem Ergebnis? _____
18. Wann fand die letzte ärztliche Untersuchung der **Ohren** statt? _____

    Mit welchem Ergebnis? _____
19. Sind Allergien bekannt? ☐ nein ☐ ja, welche? _____
20. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen? _____
21. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall? ☐ nein ☐ ja
22. Gab es bisher schon Therapien? *(z.B. Ergo-, Logo- oder Physiotherapie, ambulante Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, stationärer Aufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung)*

    ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Familienanamnese:

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugend-psychiatrie und -psychotherapie

Mutter:	**Vater:**
23. Name: _____	30. Name: _____
24. Vorname: _____	31. Vorname: _____
25. Geburtsdatum: _____	32. Geburtsdatum: _____
26. Alter: _____	33. Alter: _____
27. Adresse, Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail-Adresse:	34. Adresse, Telefonnummer, Mobilnummer, E-Mail-Adresse:
28. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit):	35. Derzeitig ausgeübter Beruf (Vollzeit / Teilzeit):
29. Besonderes zur Familie:	36. Besonderes zur Familie:

37. Hat das Kind noch weitere wichtige Bezugspersonen?

Geschwister des Kindes: auch Angaben zu Stief- oder Halbgeschwistern

38. Name:			
39. Alter:			
40. Schule:			

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

41. Gibt es Besonderheiten bei den Geschwistern des Kindes?

☐ nein ☐ ja, welche?

42. Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt? ☐ nein ☐ ja, wie?
(Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe, Einzelfallhelfer)

Sorgerecht:

43. Wer ist sorgeberechtigt?

☐ Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

☐ Mutter ist allein sorgeberechtigt

☐ Vater ist allein sorgeberechtigt

☐ Sonstige:

☐ Gibt es Bereiche des Sorgerechts, die ausgelagert sind? ☐ nein ☐ ja, welche?

☐ Jugendamt, Name, Adresse, Tel.-Nr.:

☐ Adresse Sorgeberechtigte/r (falls abweichend):

44. Ist Ihr Kind zurzeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

☐ nein ☐ ja, wo?

KJP-Praxis Hürth
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Vogelsanger Weg 6, 50354 Hürth
Telefon: 02233/9610-10
Telefax: 02233/9610-199
info@kjp-praxis-huerth.de
www.kjp-praxis-huerth.de

45. Was wäre ein gutes Ergebnis der Behandlung? Was sind Ihre Vorstellungen?

_____

_____

_____

_____

Abschließende Erklärung:

Ohne die unterschriebene untenstehende Erklärung dürfen wir diesen Bogen nicht zur Anamnese und Diagnostik sowie ggf. Behandlung nutzen. Ihre Unterschrift bzw. Unterschriften (bei mehreren Sorgeberechtigten) ist bzw. sind daher unbedingt notwendig.

Ich bin / Wir sind _____
(Vorname und Name des Sorgeberechtigten bzw. Vornamen und Namen der Sorgeberechtigten)

mit der Verwendung des Anamnesebogens für eine weitergehende kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und ggf.

Behandlung des Kindes in der KJP-Praxis Hürth einverstanden.

Hürth, den _____ _____
Unterschrift(en)

Nur von den Sorgeberechtigten auszufüllen:

Falls nur ein Elternteil/Sorgeberechtigte/r den Anamnesebogen unterschreibt, muss diese Zusatzerklärung unterschrieben werden:

Ich_____versichere, dass alle Sorgeberechtigten
(Vorname und Name)

über die Inhalte des Anamnesebogens und dessen Verwendung in der KJP-Praxis Hürth informiert und damit einverstanden sind.

Hürth, den _____ _____
Unterschrift

Wir danken Ihnen sehr herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.