

Anamnesebogen für Kinder in der Psychotherapie

Vorname, Name Patient/in: _____

Geb.–Datum (Kind): _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

email: _____

Kinderarzt: _____

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen kinderpsychiatrischen Praxis in Behandlung?

Ja nein

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrter Patient, sehr geehrte Eltern,

mit unserer „**Patienteninformation zum Datenschutz**“ (siehe Aushang) wurden Sie darauf hingewiesen, dass wir Ihre Daten an Dritte nur dann weitergeben dürfen, sofern dies gesetzlich vorgesehen ist (z.B. zur Abwicklung des Behandlungsvertrages oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung) oder wir Ihre Einwilligung (Schweigepflichtsentbindung) erhalten haben. Um Ihre Daten im Zusammenhang mit Ihrer Behandlung an weitere Leistungserbringer (z.B. andere Ärzte, Krankenhäuser, Psychotherapeuten) übermitteln zu dürfen (z.B. Berichte), bedarf es Ihrer Einwilligung. Ohne diese ist uns eine adäquate Information der Nachbehandler und anderer Helfersysteme nicht möglich. Sie müssen dann ggf. selbst die notwendigen Informationen liefern.

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Ich habe das Sorgerecht und bin einverstanden, dass die Daten meines Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken im Computersystem der Praxis gespeichert, an ggf. vorhandene Abrechnungsstelle zur Abrechnung weitergegeben werden und dass wir mit Ihnen zwecks Terminvereinbarungen ggf. über E-Mail kommunizieren dürfen, ohne dabei Namen zu nennen.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung gegenüber des Therapeuten mit Wirkung für die Zukunft jederzeit formlos widerrufen kann. Bisher durchgeführte, von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergaben bleiben dadurch rechtmäßig.

Großkarolinenfeld, den

Unterschrift Sorgeberechtigter

Sorgerecht:

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht

Bei **getrennt** lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

 Mutter ist allein sorgeberechtigt

Vater ist allein sorgeberechtigt

Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon):

 Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht/Gesundheitssorgerecht (Unzutreffendes bitte streichen) liegt bei einem Elternteil/Vormund: _____

Nur bei gemeinsamem Sorgerecht ausfüllen:

Ich versichere, dass alle Inhaber des Sorgerechts mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und ggf. psychotherapeutischen Behandlung des Kindes hier in der Praxis einverstanden sind.

Großkarolinenfeld, den

Unterschrift Sorgeberechtigter

b) Schwangerschaft:

1. Verlauf: unauffällig auffällig _____

c) Geburt (diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft):

2. In welcher Schwangerschaftswoche?:

3. Wie war die Entbindung? Spontan mit Saugglocke mit der Geburtszange mittels Kaiserschnitt

4. Gewicht:.....g Länge:.....cm APGAR: - Punkte

5. Behandlung auf Intensivstation: nein ja

6. Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode:

d) Säuglingsperiode:

7. Gestillt? nein ja wie lange?.....:

8. War das Kind ein: Schreikind ruhiges Kind sonstiges

e) Kleinkindalter:

9. Ab wann konnte Ihr Kind frei Laufen?:

10. Wie war die Sprachentwicklung? (Ab wann Zweiwortsätze?)

11. Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase?:

12. Wann war Ihr Kind trocken?

13. Hat Ihr Kind eine Krabbelgruppe besucht? nein ja im Zeitraum

14. Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht bzw. besucht es ihn? nein ja im Zeitraum

15. Hatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz? nein ja

16. Hatte/Hat Ihr Kind Trennungsjahre? nein ja

17. Hatte/Hat es Freunde in der Gruppe? nein ja

18. Gab es dort Auffälligkeiten in der Gruppe? nein ja Welche?

f) Schulalter:

19. In welchem Jahr wurde/wird Ihr Kind eingeschult?

20. Welche Schule besucht ihr Kind? In welche Klasse geht es?

21. Welche weiterführende Schule wurde in der 4. Klasse von den Lehrern empfohlen?

22. Hat Ihr Kind einen Förderstatus in der Schule oder besucht es Förderunterricht? Wenn ja, welchen?

23. Besucht Ihr Kind die schulische Nachmittagsbetreuung? nein ja

24. Falls Ihr Kind nicht die OGTS besucht: Wer betreut es nachmittags?

25.a) Gibt es Schulprobleme? nein ja welche?.....

25.b) Hat Ihr Kind Nachhilfe- oder Förderunterricht? In welchem Fach?

26. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule?

27. Welche Fächer sind schwierig?

28. Wie ist die soziale Integration in der Schule?.....

g) Berufsausbildung:

29. Wird eine Berufsvorbereitende Maßnahme/Berufsausbildung/Studium absolviert? Welche(s)?

h) Freizeit:

30. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere regelmässige Freizeitaktivitäten? nein ja welche?

31. Was spielt Ihr Kind am liebsten bzw. womit verbringt es hauptsächlich seine Freizeit?

32. Wie oft in der Woche trifft sich Ihr Kind schätzungsweise mit Freunden?

33. Wieviele gute Freunde/innen hat Ihr Kind schätzungsweise?

34. Bei Schulkindern: An wieviel Tagen in der Woche liest Ihr Kind in einem Buch?

35. Machen Sie ein Bettgehritual mit Ihrem Kind? Falls ja, was machen Sie zusammen?

36. Konsum elektronischer Medien:

Welche elektronischen Medien konsumiert Ihr Kind am meisten?:.....

Wieviel Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien ?

an Schultagen: Stunden pro Tag;

an schulfreien Tagen:..... Stunden pro Tag

i) Stärken und Fähigkeiten (Ressourcen):

37. a) Was kann Ihr Kind gut, welche Fähigkeiten und Eigenschaften mögen Sie an Ihrem Kind (Stichpunkte)?

37. B) Wer aus Ihrer Familie bzw. Ihrem Bekanntenkreis könnte Sie ggf. dabei unterstützen, Ihrem Kind zu helfen?

j) Körperliche Gesundheit:

38. Unter welchen körperlichen Krankheiten leidet Ihr Kind?

39. Augen: Kann Ihr Kind gut sehen? Trägt Ihr Kind eine Brille?

40. Ohren: Kann Ihr Kind gut hören? Wurde es vom HNO-Arzt untersucht?

41. Sind Allergien bekannt?

42. Nimmt Ihr Kind regelmässig Medikamente ein? Welche?

43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall?

k) Belastungen:

44. Hat Ihr Kind in der Vergangenheit etwas Belastendes erlebt, das noch heute eine Rolle spielt (Stichpunkte)?

l) Bisherige Therapien:

45. Gab es bisher schon Therapien? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?

(z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)

Haben Sie noch weitere Kinder? Bitte auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwister:

63. Name:

64. Alter:

66. Sind auch bei Geschwistern Verhaltensprobleme aufgetreten? Wenn ja, welche?

Sonstige wichtige Informationen:

Ich danke Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.