

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---

Datum: \_\_\_\_\_

*Liebe Eltern,  
die nachfolgende Erhebung ist zu diagnostischen Zwecken bestimmt und unterliegt  
der Schweigepflicht. Bitte beantworten sie die Fragen so gründlich wie möglich.  
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

*Jochen Krämer  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*

## Angaben zu Ihrer Person

Name, Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	

## Angaben zum Kind

Name, Vorname:	
Alter, Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Krankenversichert bei:	
Größe (in cm):	
Gewicht (in kg):	

Kindergarten/Schule:	
Kontaktperson:	
Adresse:	
Telefon:	

2. Wohnsitz des Kindes bei:	
Adresse:	
Telefon/E-Mail:	

Mit wem lebt das Kind aktuell zusammen:

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---

Datum der 1. Vorstellung in meiner Praxis: \_\_\_\_\_

## Krankheitsgeschichte

Frühere psychotherapeutische Therapien/Anlass der damaligen Therapie:

Hausarzt/Kinderarzt, Adresse:

<b>Hauptproblem in der jetzigen Situation, das zur Vorstellung in meiner Praxis Anlass gab:</b>
Das Problem ist zum ersten Mal aufgetreten/besteht seit:

## Entwicklungsgeschichte (Bitte ankreuzen und/oder ergänzen)

### 1. Schwangerschaftsverlauf

- ohne Beschwerden  \_\_\_\_\_  
(.....)
- mit Beschwerden  \_\_\_\_\_  
(....
- mit körperlichen Komplikationen  \_\_\_\_\_
- War Ihr Kind zu diesem Zeitpunkt geplant?  \_\_\_\_\_

### 2. Geburtsverlauf

- normal  \_\_\_\_\_  
(.....)

Dateiname: Anamnesebogen.docx  
erstellt:  
geprüft und freigegeben:

Seite: 2 von 8  
am:  
am:

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---

- mit Schwierigkeiten; welche  \_\_\_\_\_
- mit großen Schwierigkeiten; welche  \_\_\_\_\_
- In welcher Klinik entbunden: \_\_\_\_\_
- Geburtsgewicht (in g) u. -größe (in cm) \_\_\_\_\_

### 3. Ernährung im 1. Jahr

- gestillt?
- wie abgestillt?
  - ohne Störung
  - mit Störung; welche?  \_\_\_\_\_

### 4. Zur weiteren Entwicklung (soweit erinnerlich)

In welchem Alter konnte ihr Kind

- frei sitzen: \_\_\_\_\_
- frei laufen: \_\_\_\_\_
- Worte (erste) sprechen: \_\_\_\_\_
- Sätze sprechen: \_\_\_\_\_

Hatte es in dieser Zeit Probleme? Welche?

---

---

In welchem Alter

- war Ihr Kind sauber: \_\_\_\_\_
- war Ihr Kind trocken: \_\_\_\_\_

Wann wurde mit der Sauberkeitsgewöhnung begonnen:

---

Die Trotzphase war

- gering

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---

- stark
- in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- nicht beobachtet

## 5. Auffälligkeiten in der Entwicklung

- |                            | nur früher/wann:                     | zur Zeit:                |
|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| ▪ ausgeprägtes Lutschen    | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Nägelkauen/-pulen        | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Zähneknirschen           | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Kopfwiegen und –schlagen | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Haare drehen             | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sprachschwierigkeiten    | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Schlafstörungen          | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Verstopfungen            | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Bauchschmerzen           | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Kopfschmerzen            | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Erschöpfungszustände     | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Sonstige Auffälligkeiten | <input type="checkbox"/> _____       | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Menarche                 | <input type="checkbox"/> seit: _____ |                          |

## 6. Krankheiten (Kinderkrankheiten, andere Krankheiten, Operationen, Unfälle, Krampfanfälle)

Art der Krankheit	wann	ggf. in welcher Klinik

## 7. Schulische Entwicklung

Dateiname: Anamnesebogen.docx  
erstellt:  
geprüft und freigegeben:

Seite: 4 von 8  
am:  
am:

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---

## Kindergartenbesuch

- Ja  von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- Nein
- Mein Kind ging gerne
- Mein Kind ging nicht gerne  in den Kindergarten.

## Einschulung

- Mein Kind hat sich gefreut  zur Schule zu kommen.
  - Mein Kind hat sich nicht gefreut 
    - Jahr: \_\_\_\_\_
    - Alter: \_\_\_\_\_
    - zurückgestellt:
    - Klassenwiederholung:  \_\_\_\_\_ Klasse
    - Umschulung:
- wohin: \_\_\_\_\_
- wann: \_\_\_\_\_

## 8. Familiäre Daten

### Geschwister

Name	geboren	zur Zeit				
		Kindergarten	Schule	Ausbildung	Beruf	aus welcher Ehe?
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### Mutter

Geburtsdatum:	
---------------	--

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

Alter:		
erlernter Beruf:		
z. Zt. ausgeübter Beruf:		Wochenarbeitszeit: _____ Stunden
zufrieden mit jetziger Tätigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

## Vater

Geburtsdatum:		
Alter:		
erlernter Beruf:		
z. Zt. ausgeübter Beruf:		Wochenarbeitszeit: _____ Stunden
zufrieden mit jetziger Tätigkeit:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:		

Datum der Eheschließung der leiblichen Eltern: \_\_\_\_\_

Lebensgemeinschaften: seit wann leben Sie als Partner zusammen: \_\_\_\_\_

Bitte vermerken Sie hier, wenn Ihre Familie sich verändert hat, z. B. eine zweite Ehe oder Halbgeschwister da sind:

Haben Sie und Ihr Kind einen (plötzlichen) Verlust eines Familienmitgliedes zu verkraften gehabt?

## 9. Wohnsituation

- Anzahl der jetzigen Räume:

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---

- Anzahl der in der Wohnung lebenden Personen: \_\_\_\_\_
- In welchem Raum schläft das Kind: \_\_\_\_\_
- Mit wem schläft das Kind zusammen: \_\_\_\_\_

Ist ein Garten, Hof, Spielplatz für das Kind erreichbar?      Ja       Nein

Wohnungswechsel:

wann: \_\_\_\_\_      wohin: \_\_\_\_\_

## 10. Großeltern

	Großmutter (väterlich)	Großvater (väterlich)
Alter:		
Beruf:		
Wohnort:		

Welches Verhältnis haben diese Großeltern zu Ihrer Familie?

	Großmutter (mütterlich)	Großvater (mütterlich)
Alter:		
Beruf:		
Wohnort:		

Welches Verhältnis haben diese Großeltern zu Ihrer Familie?

## 11.

**Welche akuten Sorgen führen Sie zu mir:**

Praxis für Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapie  
Kurfürstenstraße 31  
34466 Wolfhagen

---