



Dr. med. Rolf Wallraf  
Dr. med. Birgitta Peters-Wallraf

Kölner Straße 13  
50171 Kerpen  
Tel. 02237-922354  
Tel. 0 22 37-56 23 86  
( kinder- / jugendpsychiatrische Sprechstunde )  
Fax 02237-922355

Kinder- und Jugendmedizin • Allergologie • Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychosomatik • Psychotherapie

## Anamnesefragebogen für

Nachname des Kindes	Vorname	Geb.am	Adresse	
Ausgefüllt von	Ausgefüllt am	Tel.:	Mobil	Email

### Liebe Eltern!

für eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung und Beratung sind eine Vielzahl von Informationen notwendig. Insbesondere das aktuelle Lebensumfeld (Familie, Schule, Kindergarten, Freundschaften, Hobbies) ist von Bedeutung. Aus diesem Grund möchten wir Sie bitten, bereits in Ruhe zu Hause eine Reihe von Fragen zu beantworten. Ihre Antworten können uns helfen, Hilfestellungen und Lösungsansätze für die Behandlung der von Ihnen angegebenen Probleme zu bieten. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und dienen ausschließlich dem Wohl Ihres Kindes.

**Vorstellungsanlass** - welches Verhalten Ihres Kindes gab den Anlass dazu, einen Termin in unserer Praxis zu vereinbaren?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> auffällige Sprachentwicklung   | <input type="checkbox"/> Leistungsprobleme in der Schule   |
| <input type="checkbox"/> auffällige motorische Entwicklung  | ( <input type="checkbox"/> Rechnen <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Rechtschreibung ) |
| <input type="checkbox"/> Verhaltenprobleme zu Hause   | <input type="checkbox"/> Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben  |
| <input type="checkbox"/> Verhaltensprobleme in Schule/Kindergarten  | <input type="checkbox"/> Trotzverhalten  |
| <input type="checkbox"/> häufige körperliche Beschwerden ( wie Bauchschmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen... ) | <input type="checkbox"/> Einnässen <input type="checkbox"/> Einkoten   |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßiger Schulbesuch   | <input type="checkbox"/> Ängste  |
| <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten  | <input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten   |
|   | <input type="checkbox"/> Sonstige Verhaltensschwierigkeiten:   |

Was erhoffen Sie sich von einer kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung / Behandlung für Ihr Kind ?

**Informationen zur Familie Eltern:**

Name	Geb. am	Schule/ Ausbildung	Aktuelle Berufstätigkeit	Körperliche/ psychische Erkrankungen

**Stiefeltern / Pflegeeltern / Lebenspartner (beider Eltern):**

Name	Geb. am	Schule/ Ausbildung	Aktuelle Berufstätigkeit	Körperliche/ psychische Erkrankungen

**Geschwister / Pflege- oder Stiefgeschwister:**

Name	Geb. am	Schule/ Ausbildung	Aktuelle Berufstätigkeit	Körperliche / psychische Erkrankungen

**Wichtige Veränderungen in der familiären Situation:**

- Geburt eines Geschwisterkindes, Jahr:
- Krankenhausaufenthalte des Kindes, Jahr:
- Trennung, Scheidung der Eltern, Jahr:
- Verlust eines Haustiers, Jahr:
- Umzug der Familie, Jahr:
- Krankenhausaufenthalte der Eltern, Jahr:
- Tod von nahen Familienangehörigen, Jahr:
- andere wichtige Informationen:





<b>Schullaufbahn</b>	<input type="checkbox"/> Einschulung am _____ <input type="checkbox"/> Zurückstellung vom Schulbesuch <input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung <input type="checkbox"/> Wiederholen der Klasse _____ <input type="checkbox"/> Überspringen der Klasse _____ <input type="checkbox"/> Schulwechsel im Jahre ____ auf _____ <input type="checkbox"/> aktuell Besuch der ____ Klasse _____ (Schulform) <input type="checkbox"/> Name der aktuellen Schule / Lehrerin und Telefonnummer: _____ regelmäßiger Schulbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachmittagsbetreuung in der Schule <input type="checkbox"/> ja (von... bis ... Uhr) <input type="checkbox"/> nein Besuch einer Ganztagschule <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schulische Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, folgende schulische Schwierigkeiten zeigen sich:
<b>Bislang erfolgte Pädagogische Hilfen</b>	<input type="checkbox"/> Hilfen über das Jugendamt: _____ <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
<b>Bislang durchgeführte Untersuchungen/ Therapien</b>  Bitte den Namen des Therapeuten und das Datum eintragen	<input type="checkbox"/> Kinderarzt: _____ <input type="checkbox"/> Kinderpsychiater: _____, Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Frühförderzentrum: _____, Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum: _____, Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeut: _____, Zeitraum: _____ <input type="checkbox"/> Logopädie: _____, Zeitraum _____ <input type="checkbox"/> Ergotherapie: _____, Zeitraum _____ <input type="checkbox"/> Krankengymnastik: _____, Zeitraum _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

**Gibt es noch etwas, was Sie erwähnen möchten ?**

# Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Eltern 4-17

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Name des Kindes .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Rücksichtsvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgänger; spielt meist alleine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ständig zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bei anderen Kindern beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leicht ablenkbar, unkonzentriert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieb zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lügt oder mogelt häufig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Denkt nach, bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?

**Bitte umblättern**

Würden Sie sagen, dass ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

	Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Sie diese Frage mit "Ja" beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

	Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
ZU HAUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN DER FREIZEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

	Keine Belastung	Leichte Belastung	Deutliche Belastung	Schwere Belastung
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....

Datum: .....

Vater/Mutter/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen):

**Vielen Dank für Ihre Hilfe**

# Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Selbst 11-17

Bitte markiere zu jedem Punkt "Nicht zutreffend", "Teilweise zutreffend" oder "Eindeutig zutreffend". Beantworte bitte alle Fragen so gut Du kannst, selbst wenn Du Dir nicht ganz sicher bist oder Dir eine Frage merkwürdig vorkommt. Überlege bitte bei der Antwort, wie es Dir im letzten halben Jahr ging.

Dein Name .....

Männlich/Weiblich

Geburtsdatum .....

	Nicht zutreffend	Teilweise zutreffend	Eindeutig zutreffend
Ich versuche, nett zu anderen Menschen zu sein, ihre Gefühle sind mir wichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unruhig; ich kann nicht lange stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe häufig Kopfschmerzen oder Bauchschmerzen; mir wird oft schlecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich teile normalerweise mit Anderen (Essen, Spiele, Stifte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde leicht wütend; ich verliere oft meine Beherrschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin meistens für mich alleine; ich beschäftige mich lieber mit mir selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalerweise tue ich, was man mir sagt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich mache mir häufig Sorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder traurig sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin dauernd in Bewegung und zappelig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen oder mehrere gute Freunde oder Freundinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich schlage mich häufig; ich kann Andere zwingen zu tun, was ich will	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin oft unglücklich oder niedergeschlagen; ich muss häufig weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Allgemeinen bin ich bei Gleichaltrigen beliebt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich lasse mich leicht ablenken; ich finde es schwer, mich zu konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neue Situationen machen mich nervös; ich verliere leicht das Selbstvertrauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin nett zu jüngeren Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderer behaupten oft, dass ich lüge oder mogele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde von anderen gehänselt oder schikaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich helfe anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder Gleichaltrigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich denke nach, bevor ich handele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich nehme Dinge, die mir nicht gehören (von zu Hause, in der Schule oder anderswo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich komme besser mit Erwachsenen aus als mit Gleichaltrigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe viele Ängste; ich fürchte mich leicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was ich angefangen habe, mache ich zu Ende; ich kann mich lange genug konzentrieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch etwas, das Du erwähnen möchtest?

**Bitte umblättern**



Würden Du sagen, dass Du insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hast: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

	Nein	Ja, leichte Schwierigkeiten	Ja, deutliche Schwierigkeiten	Ja, massive Schwierigkeiten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls Du diese Frage mit "Ja" beantwortet hast, beantworte bitte auch die folgenden Punkte:

• Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

	Weniger als einen Monat	1-5 Monate	6-12 Monate	Über ein Jahr
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Leidest Du unter diesen Schwierigkeiten?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Wirst Du durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Schwer
ZU HAUSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MIT FREUNDEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IM UNTERRICHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IN DER FREIZEIT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

• Findest Du, dass diese Schwierigkeiten Anderen (Familie, Freunden, Lehrern usw.) das Leben schwerer machen?

	Gar nicht	Kaum schwerer	Deutlich schwerer	Sehr viele schwerer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Unterschrift:.....

Datum: .....

**Vielen Dank für Deine Hilfe**