



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:

Information zur Lebenssituation des Kindes:

Ihr Kind lebt bei Mutter und Vater

bei der Mutter beim Vater

bei anderen: _____

Weiter wichtige Betreuungspersonen für das Kind: _____

Eltern leben getrennt seit _____ geschieden seit _____

Mutter Vater wiederverheiratet seit _____

Mutter Vater haben neuen Partner/ in seit _____

Mutter Vater verstorben, seit: _____

Kind wurde adoptiert im Alter von _____. Kind ist Pflegekind in der Familie seit _____

Für getrennt lebende Eltern:

Kind hat alle 14 Tage alle 4 Wochen Kontakt zum anderen Elternteil

Kind hat unregelmäßigen Kontakt keinen Kontakt zum anderen Elternteil

Das Kind teilt sich ein Zimmer mit _____

Das Kind hat ein eigenes Zimmer

Wie lange schläft das Kind in der Regel: Nachtschlaf ____ Stunden

Mittagschlaf ____ Stunden

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit PC spielen, Playstation, Nintendo, TV oder ähnlichen Medien?

Wochentags ____ Stunden

Wochenende ____ Stunden

Hobbies in der Freizeit: _____

Entwicklungsgeschichte und körperliche Gesundheit ihres Kindes:

Schwangerschaft / Geburt / erste Lebensmonate: Gab es Schwierigkeiten während der Schwangerschaft, Geburt oder den 1. Lebensmonaten?	<input type="checkbox"/> Normaler Schwangerschaftsverlauf <input type="checkbox"/> Komplikationen: _____ <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme: _____ <input type="checkbox"/> Alkoholgenuss in der Schwangerschaft: _____ <input type="checkbox"/> Nikotinkonsum in der Schwangerschaft: ca. ____ Zig. / Tag
Geburt	In der ____ Schwangerschaftswoche <input type="checkbox"/> Komplikationen bei der Geburt: _____ <input type="checkbox"/> keine Geburtskomplikationen Größe: _____, Gewicht: _____, Kopfumfang: _____
Gab es in den ersten Lebensjahren Probleme	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja: (bitte beschreiben): _____

	<input type="checkbox"/> Schlafen <input type="checkbox"/> Trinken / Füttern <input type="checkbox"/> 3 Monatskoliken <input type="checkbox"/> starke Unruhe <input type="checkbox"/> Schreien <input type="checkbox"/> starkes Fremdeln
Frühkindliche Entwicklung	<input type="checkbox"/> Verzögerung der Entwicklung <input type="checkbox"/> <u>keine</u> Verzögerung der Entwicklung Freies Laufen mit _____ Monaten, erste Worte mit _____ Monaten 2 und 3 Wortsätze mit _____ Monaten Nachts trocken mit _____ Monaten, sauber mit _____ Monaten Erneutes Einnässen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja Erneutes Einkoten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja
Erkrankungen (Unfälle, Operationen, Allergien, Chronische Krankheiten wie Asthma, Heuschnupfen, Diabetes, Neurodermitis, Anfallsleiden oder andere)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja: (bitte beschreiben): <input type="checkbox"/> keine regelmäßige Medikation erforderlich <input type="checkbox"/> regelmäßige Medikation erforderlich mit _____
Kindergarten Verhaltensprobleme im Kindergartenalter?	<input type="checkbox"/> <u>Unproblematisches Verhalten</u> Verhalten auffällig durch <input type="checkbox"/> Zurückhaltung <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit vor _____ <input type="checkbox"/> Wutanfälle <input type="checkbox"/> Albernheiten, spielt den Clown <input type="checkbox"/> leicht erregbar, unbeherrscht, Wutanfälle <input type="checkbox"/> Unselbstständigkeit, Vergesslichkeit, <input type="checkbox"/> mangelnde Spieldauer <input type="checkbox"/> Stottern <input type="checkbox"/> aggressives Verhalten gegenüber den Kindern / den Erzieherinnen <input type="checkbox"/> Einnässen <input type="checkbox"/> Einkoten <input type="checkbox"/> anderes Verhalten (bitte beschreiben):

Schullaufbahn	<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:
Bislang erfolgte Pädagogische Hilfen	<input type="checkbox"/> Hilfen über das Jugendamt: _____ <input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
Bislang durchgeführte Untersuchungen/ Therapien 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 2-4

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"/>
Verhält sich gegenüber Erwachsenen oft widerwillig	<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"/>
Überlegt bevor er/sie handelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann gegenüber anderen boshaft sein	<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"/>
BEIM ERLERNEN NEUER DINGE	<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