

Anamnesedokumentation

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____

Patient: _____ geb: _____

Wohnort: _____

Adresse: _____ Mail: _____

Telefonnummer: _____

Sorgeberechtigte/r: _____

Leibliche Mutter: _____ geb: _____

Adresse: _____

Schul- und Berufsausbildung: _____

Jetziger Beruf/Arbeitgeber: _____

Tägliche Arbeitszeit: _____ Std.

Erkrankungen (körperl. oder psychische): _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Alleinerziehend

Telefonnummer: _____ Mail: _____

Leiblicher Vater: _____ geb: _____

Adresse, falls abweichend: _____

Schul- und Berufsausbildung: _____

Jetziger Beruf/Arbeitgeber: _____

Tägliche Arbeitszeit: _____ Std.

Erkrankungen (körperl. oder psychische): _____

Erkrankungen in der Familie: _____

Alleinerziehend

Telefonnummer: _____ Mail: _____

Familienstand: Verheiratet Getrennt
seit: _____

Geschwister bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Schulform/Klasse, Erkrankungen angeben.

Leibliche Geschwister:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Halbgeschwister:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Kinderarzt: _____

Sozialdienste/Jugendamt: _____

Name und Telefon: _____

Warum möchten Sie Ihr Kind in der Praxis vorstellen?:

Was wurde zur Lösung der Probleme schon versucht? Wo haben Sie bereits Ihr Kind vorgestellt? (Bitte Institution und Vorstellungsjahr angeben)

Eigenanamnese:

Schwangerschaft

Verlauf: Ungestört

Blutungen

Erbrechen/Übelkeit

Zigarettenkonsum: _____ pro Tag

Drogenkonsum

Mehrlingsschwangerschaft

Vorzeitige Wehen

Drohender Abort (Fehlgeburt?)

Schwangerschaftsvergiftung

Alkoholkonsum

Medikamente _____

Psychische Belastungen: _____

Sonstiges zur Schwangerschaft: _____

Geburt:

Termin (SSW): _____

Wo erfolgte die Geburt: _____

Verlauf: Ungestört

Verzögert

Frühgeburt: _____ Woche

Übertragung

Zange/Nabelschnurumschlingung

Kaiserschnitt

Vorzeitiger Blasensprung

Geburtsgewicht: _____ g

Größe _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

APGAR ___ / ___ / ___

Nach Geburt:

Unkompliziert

Sauerstoffmangel

Brutkasten

Verstärkte Gelbsucht

Krämpfe

Sonstiges: _____

Frühkindliche Regulation:

- Schreien/Unruhe (Stunde pro Tag): _____
- Einschlafstörung Durchschlafstörung
- Stillzeit: _____ Monate Fütterungsstörung
- Trinkschwierigkeiten

Angaben zur kindlichen Entwicklung:

- Alleine sitzen mit: _____ Monaten Krabbeln mit: _____ Monaten
- Alleine gehen mit: _____ Monaten
- Erste Worte mit: _____ Monaten (Mama/Papa)
- Erste Zweiwortsätze: _____ mit Monaten Richtig Sprechen mit: _____ Monaten
- Sprachstörung: _____
- Trocken mit: _____ Monaten Sauber mit: _____ Monaten

Körperliche und psychische Erkrankungen/Operationen: _____

Allergien: _____

Unverträglichkeit: _____

Appetit/Schlaf: _____

Aktuelle Medikation: _____

Welche Förderungen/Therapien hat Ihr Kind bisher und in welchem Jahr erhalten?

Frühförderung: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Krankengymnastik: _____

Psychotherapie: _____

Andere: _____

Kindergarten:

- Kindergartenbesuch: Nein Ja, seit/von bis _____
- Ggf. Anschrift des Kindergartens: _____
- Verhalten im Kindergarten (Spiele, Freunde, etc.): _____
- Störung bei Besuch des Kindergartens:
- Trennungsangst Kontaktstörung
- Spielstörung Aggression
- Unruhiges Verhalten Sonstiges: _____

Schulbesuch:

Alter bei Schuleintritt: _____ Jahre

Grundschule: _____

Verhalten/Probleme in der Grundschule: _____

Klassenwiederholung: Ja, Klasse _____ Nein

Aktueller Schulzweig/Klasse: _____

Name aktuelle Schule: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name derzeitiger Klassenlehrer: _____

Aktuelles Verhalten/Probleme in der Schule: _____

Hat das Kind die Schule gewechselt (außer von Grundschule auf die weiterführende Schule)

Ja Nein wenn ja warum? _____

Lieblingsfächer: _____

Freizeitverhalten:

Hobbys: _____

Medienkonsum: (Fernsehen, Handy, PC, usw.): _____ Stunden pro Tag

Abweichende Elternsituation

Sorgeberechtigte:

komplettes Sorgerecht:

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Teile des Sorgerechts: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Pflegeeltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Adoptiveltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Wohngruppe: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Andere: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Einverständnis Behandlung

Ich bin einverstanden, dass ich / mein Kind _____ geb. _____
im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Zweibrücken zur Diagnostik und Behandlung
vorgestellt wird /werde.

Da wir in unserer Praxis überwiegend nach Terminvereinbarung arbeiten, ist unser Praxisablauf
notwendigerweise stark strukturiert.

Termine, die von uns vergeben wurden sind deshalb verbindlich.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können – aus welchen Gründen auch immer – so sollte
dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen
die entstandenen Kosten für den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen, sofern dieser
nicht neu besetzt werden kann.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Mutter: _____ Vater: _____

Andere Sorgeberechtigte: _____

Patient über 18 Jahre _____

Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme eines Fotos für die Patientenakte einverstanden.

Zweibrücken, den _____ Unterschrift: _____