



# Erziehung am Limit

+43660/5111100 • martina.bauer@erziehungamlimit.at • www.erziehungamlimit.at

## Anamnesebogen

Dieser Bogen soll von den Obsorgeberechtigten / Eltern ausgefüllt werden (volljährige Patient:innen können ihn selbst ausfüllen)

Vorname des Patienten: \_\_\_\_\_ E- Mail: \_\_\_\_\_

Nachname des Patienten: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum (Kind): \_\_\_\_\_

Straße/Nr. (Kind): \_\_\_\_\_ PLZ/Ort (Kind): \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_ Handy-Nr. (Jugendliche): \_\_\_\_\_

Handy-Nr. (Eltern): \_\_\_\_\_ Festnetz.-Nr.: \_\_\_\_\_

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen kinderpsychiatrischen Praxis in Behandlung?  Ja  nein

**a) Sorgerecht (in der Kinder- und Jugendpsychotherapie dürfen leider NUR Obsorgeberechtigte Formulare unterschreiben):**

Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) **leben zusammen** und haben das gemeinsame Sorgerecht.

Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) **leben getrennt / geschieden** und haben das gemeinsame Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des zweiten sorgeberechtigten Elternteils (bei dem das Kind nicht gemeldet ist): \_\_\_\_\_

Die Mutter hat das **alleinige Sorgerecht**.

Der Vater hat das **alleinige Sorgerecht**.

Ein **Vormund** hat das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon): \_\_\_\_\_

**Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht / Gesundheitsorgerecht** (Unzutreffendes bitte streichen) liegt bei folgendem Elternteil /

Vormund: \_\_\_\_\_

Ich versichere hiermit, dass meine **Angaben zur Obsorge** korrekt sind und dass, sollte sich die Sorgerechtsregelung ändern, ich die Praxis hierüber unverzüglich informieren. Denn nach bundesdeutscher Rechtslage ist für die kinder- und jugendpsychiatrische / psychotherapeutische Behandlung eines Kindes / Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag das Einverständnis beider Sorgeberechtigten erforderlich.

Wien, am .....

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Sorgeberechtigten

**b) Schwangerschaft:***Zutreffendes bitte unterstreichen*

1. Verlauf:  unauffällig  auffällig (Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

**c) Geburt (diese Angaben finden Sie im Mutter-Kind-Pass):**

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: .....

Mutter-Kind-Pass:

**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 Krippe 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

17. Hatte/Hat es Freunde?  nein  ja

18. Gab es Auffälligkeiten im Kontakt mit anderen Kindern?  nein  ja Welche? .....

**f) Schulalter:**

19. In welchem Jahr wurde/wird Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_ Hat Ihr Kind einen Schulbegleiter?  ja  nein

20. Welche Schule besucht ihr Kind?

eine Volksschule  eine Mittelschule  eine Sonderschule  ein Gymnasium

Wie heisst die Schule? In welche Klasse geht Ihr Kind?

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. Gibt es Schulprobleme?  nein  ja welche?.....

25. Hat Ihr Kind Nachhilfeunterricht? 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 Freund:innen hat Ihr Kind schätzungsweise? .....

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

**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 oder Ihrem Bekanntenkreis könnte Sie dabei unterstützen, Ihrem Kind zu helfen? .....

**j) Körperliche Gesundheit:**

38. Unter welchen körperlichen Krankheiten leidet Ihr Kind? .....

39. Augen: Trägt Ihr Kind eine Brille? .....

40. Ohren: Ist die Hörfähigkeit Ihres Kindes eingeschränkt? .....

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 bzw. gibt es schon Therapien oder andere Hilfen? Wenn ja, welche und in welchem Jahr?

*(z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, SPZ=sozialpädiatrische Zentrum, Frühförder-Zentrum, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)*

**Falls eine Psychotherapie bei uns gewünscht wird:** Mein Kind kann an den folgenden Tagen in der Praxis sein ab (nur zur vollen Stunde):

Montag: ab \_\_\_\_\_ Uhr

Dienstag: ab \_\_\_\_\_ Uhr  
Mittwoch: ab \_\_\_\_\_ Uhr  
Donnerstag: ab \_\_\_\_\_ Uhr  
Freitags: ab \_\_\_\_\_ Uhr

Mutter:

46.a) Name: .....

47. Alter: .....Jahre

49. Schulabschluss: .....

51. Ausbildung/Studium: .....

53. Wieviele h/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?  
.....

59. Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen?  
.....

61. Gibt es Angehörige mütterlicherseits, die psychisch erkrankt sind/waren, eine Psychotherapie machen/gemacht haben, einen Suizidversuch/Suizid begangen haben? Wenn ja, wer?

Vater:

46.b) Name: .....

48. Alter: .....Jahre

50. Schulabschluss: .....

52. Ausbildung/Studium: .....

54. Wieviele h/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie?  
.....

60. Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen?  
.....

61. Gibt es Angehörige väterlicherseits, die psychisch erkrankt sind/waren, eine Psychotherapie machen/gemacht haben, einen Suizidversuch/Suizid begangen haben? Wenn ja, wer?

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?			