Dr. med. Thomas Bickhoff
Facharzt für Kinder- u. Jugendpsychiatrie / Psychotherapie

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie / Sozialpsychiatrie

Friedrich-Ebert-Str. 157- 159
48153 Münster

Tel.: 0251-9829681
Fax: 0251-9829682

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dr. Thomas Bickhoff

Friedrich-Ebert-Straße 157-159

48153 Münster

Termin:

Uhr

Fragebogen zur Anamnese

Um die Untersuchung Ihres Kindes gut vorbereiten zu können, bitte ich Sie um die Beantwortung der folgenden Fragen. Sollte der vorgesehene Platz nicht ausreichen, ergänzen Sie bitte auf einem gesonderten Blatt. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Personalien des Kindes:

Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
Adresse:		Geb.-Ort:
Tel.-Nr.:		Konfession:
Krankenkasse:	Name d. Versicherten:	
Arbeitgeber d. Versicherten:		Geb.-Dat.:
Kinder-/Hausarzt (Name & Adresse):		
Mutter: Name:	Vorname	Geb.-Dat.:
Ausbildung:	derzeitige Tätigkeit:	
Stief-/Adoptiv-/Pflegemutter: Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
Ausbildung:	derzeitige Tätigkeit:	
Vater: Name:	Vorname	Geb.-Dat.:
Ausbildung:	derzeitige Tätigkeit:	
Stief-/Adoptiv-/Pflegevater: Name:	Vorname:	Geb.-Dat.:
Ausbildung:	derzeitige Tätigkeit:	

Geschwister, Halb-, Stief-, /Pflegegeschwister: Name, Alter, Schultyp, Besonderheiten in der Entwicklung:

Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaft (körperliche oder psychische Belastungen?):

Geburt (Besonderheiten des Verlaufs, Länge, Gewicht, Kopfumfang, Apgar, Nabelschnur-pH):

Neugeborenenzeit (Temperament d. Kindes, Auffälligkeiten, Erkrankungen, Behandlungen?):

Wann konnte das Kind -frei sitzen?	- frei stehen?	- frei laufen?
- erste Worte sprechen?	- Zwei-Wort-Sätze sprechen?	
Wann war das Kind sauber?	Ggf. Regelblutungen des Kindes, seit wann?	

Was ist Ihnen bei der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?

Körperliche Vorerkrankungen:

Kinderkrankheiten (Komplikationen?):

Schwere Erkrankungen, Unfälle, Krankenhausbehandlungen, Operationen (wann? wie lange?):

Anfälle, Krämpfe?

Allergien, Unverträglichkeiten?

EEG-Befund?(wann, wo, Ergebnis?)

Über längere Zeit eingenommene Medikamente (Name, wann, wie lange?):

Z.Zt. eingenommene Medikamente (Name, seit wann, Dosis; regelmäßig, b. Bed.?)

Kindergarten:

Besuch für wie viele Jahre und bis wann?

Name & Anschrift des KG:

Auffälligkeiten im KG? (z.B. Trennungsangst, Kontaktstörungen, Spielstörung, ausgeprägte Unruhe, schlechtes Betragen, Aggressivität?)

Schule:

Einschulung (wann?): Vorschule? Schulwechsel?

Name & Anschrift d. Schule:

Telefonnummer der Schule

Z.Zt. besuchte Klasse: Klassenlehrerin: Tel. Nr.:

Stärken in der Schule:

Schwächen in der Schule:

Schulische Probleme? (welche, seit wann, Auswirkungen?)

Freizeit:

Lieblingsspiele, Hobbys, regelmäßige Freizeitaktivitäten, spezielle Interessen?

Bevorzugte Medien (z.B. Fernsehen, Computer, Musikhören)

Regelmäßige Kontakte mit Gleichaltrigen/Freunden überwiegend über - Kindergarten/Schule?

- Nachbarschaft? -Vereine u.ä.? - sonstige Zusammenhänge?

Familie:

Datum von - Heirat: - Trennung/Scheidung: -Wiederheirat:

Bei getrennt lebenden Eltern: Bei wem liegt das Sorgerecht?

Beide Elternteile **O** Mutter **O** Vater **O**

Lebte das Kind immer zuhause? -wenn nicht, wann, wo?

Belastende Ereignisse, Krankheiten, Todesfälle in der Familie:

Psychische Störungen/Erkrankungen in der Familie?

Personen, die zum gemeinsamen Haushalt gehören?

Andere wichtige Kontaktpersonen für das Kind:

Äußere Lebensbedingungen der Familie (z.B. Art & Größe der Wohnung, finanzielle Belastungen, etc.):

Innere Lebensbedingungen der Familie welche Schwierigkeiten gibt es im Zusammenleben?

Aus welchem Grund soll Ihr Kind jetzt bei mir untersucht werden?

An welche Einrichtungen (z.B. Ärzte, Therapeuten, Beratungs- & Förderstellen, Ämter) haben sie sich bisher gewandt? (Name, Adresse, Jahr?)

Was soll durch eine Behandlung in meiner Praxis anders werden als bisher?
-für das Kind?

-für die einzelnen Familienmitglieder?

-für die Familie als Ganzes?

-für weitere Personen?

Beobachten Sie bei Ihrem Kind z.Zt. (bitte ankreuzen):

- o Aggressivität gegen sich selbst
- o " gegen andere
- o " gegen Gegenstände
- o Angst
- o Atembeschwerden (Asthma)
- o Bauchschmerzen
- o Daumenlutschen
- o Eifersucht
- o Einkoten
- o Einnässen
- o Erbrechen
- o Essstörungen
- o Feuerspiele
- o Hemmungen
- o Kontaktschwierigkeiten
- o Konzentrationsschwierigkeiten
- o Kopfschmerzen
- o Lese-Rechtschreib-Probleme
- o Lügen
- o Nägelkauen
- o Nervöse Zuckungen
- o Einschlafstörungen
- o Durchschlafstörungen
- o Schüchternheit
- o Selbsttötungsäußerungen
- o Selbsttötungsversuche
- o Sexuelle Auffälligkeiten
- o Sprechhemmungen (Mutismus)
- o Stottern
- o Suchartiges Verhalten
- o Stehlen (unerlaubtes Wegnehmen)
- o Unruhe
- o Weglaufen

<u>Ergänzungen:</u>

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben einen Termin in meiner Praxis vereinbart. Bitte schicken Sie diesen Anamnesebogen möglichst umgehend ausgefüllt zurück, so können wir uns im Erstgespräch auf das Wesentliche konzentrieren.

Bitte schicken Sie den Anamnesebogen unbedingt <u>vor dem Termin per Post</u> zurück! Haben Sie bitte Verständnis dafür, dass wir den Termin anderweitig vergeben, sollten wir den Anamnesebogen nicht drei Wochen vor dem Termin zurückbekommen.

Zum Erstgespräch bringen Sie bitte das gelbe Untersuchungsheft und die Versichertenkarte, ggf. auch eine Überweisung Ihrer Kinderärztin/ Ihres Kinderarztes mit.

Datum: **Unterschrift:**