

# Neuanmelde- und Anamnesebogen

Heutiges Datum: \_\_\_\_\_

## **I. Vorgestelltes Kind:**

Name des Kindes/ Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Name des Kinder-/Hausarztes: \_\_\_\_\_

Überwiesen/ Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung und mit wem das Kind versichert ist:

\_\_\_\_\_

## **Vorstellungsanlass:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **II. Leibliche Eltern**

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ausübung:  aktuell Hausfrau/ Elternzeit  Vollzeit  Teilzeit  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Erkrankungen (chronische/ psychische): \_\_\_\_\_

Familienstand:  mit leiblichem Vater zusammenlebend/ verheiratet

Von leiblichem Vater getrennt/ geschieden seit \_\_\_\_\_

neue Partnerschaft  alleinerziehend

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Ausübung:  aktuell Hausmann/ Elternzeit  Vollzeit  Teilzeit  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Erkrankungen (chronische/ psychische): \_\_\_\_\_

Familienstand:  mit leiblicher Mutter zusammenlebend/ verheiratet

- Von leiblicher Mutter getrennt/ geschieden seit \_\_\_\_\_  
 neue Partnerschaft       alleinerziehend

Gibt es seelische Erkrankungen innerhalb der Familie/ Verwandtschaft?  Nein  ja  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Sorgerecht für vorgestelltes Kind liegt bei:  Mutter  Vater  gemeinsam  
 Sonstige Person \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten liegt vor:  ja  nein

Kind lebt bei: \_\_\_\_\_ zusammen mit: \_\_\_\_\_

### **III. Geschwister (leibliche, Halb-/Stiefgeschwister)**

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	Erkrankungen
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

### **IV. weitere wichtige (betreuende) Bezugspersonen (z.B. Stiefmutter/-vater, Großeltern, etc.)**

Name : \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis steht diese zu Ihrer Familie?

Gibt es zwischen Ihnen Differenzen? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ nein

### **V. Vorerkrankungen des Kindes**

Krankheiten/ Allergien/ Unfälle (möglichst mit Jahresangabe)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Stationäre Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?):

\_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind bereits in einer anderen Ambulanz/SPZ oder in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis vorgestellt?  Nein  ja, wann und wo

\_\_\_\_\_

und mit welchem Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Wann wurde ihr Kind zuletzt vom Kinder-/Hausarzt untersucht? \_\_\_\_\_

**VI. Sonstige involvierte Institutionen:**

- Ergotherapie wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Logopädie wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Frühförderung wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- SPZ-Therapie wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Erziehungsberatungsstelle:  aktuell  in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_
- Jugendamt:  aktuell  in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter/Sozialrathaus: \_\_\_\_\_
- Schulpsychologe  aktuell  in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_
- Psychotherapeut  aktuell  in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_

**VII. Entwicklung des Kindes: - Informationen finden Sie im gelben Untersuchungsheft -**

Schwangerschaft verlief:  unauffällig  Komplikationen, welche? \_\_\_\_\_

Emotionale/ psychosoziale Belastungen in dieser Zeit

Geburt:  spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/ Zange  Komplikationen, welche?  
\_\_\_\_\_

in der \_\_\_\_ . Schwangerschaftswoche Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g. Größe: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Werte: \_\_/\_\_/\_\_

Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr (mehrere Antworten möglich):  nein

- Exzessives Schreien  schwer zu beruhigen  Ein-/Durchschlafstörungen
- Fütter-/Gedeihstörung  leicht irritierbar  vermied Blickkontakt
- vermied Körperkontakt  sonstiges \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung:  nein

- Sprachentwicklung: \_\_\_\_\_
- Motorik: \_\_\_\_\_
- Sauberkeit  
ohne Windel mit \_\_\_\_\_ Jahren tagsüber mit \_\_\_\_\_ Jahren nachts  
aktuell Probleme:  einnässen  einkoten
- Brille  Paukenröhrchen

- Sozialisation:
- Gut integriert     wenig Freunde     keine Freunde
- Häufig Konflikte mit Gleichaltrigen     häufig Konflikte mit Erwachsenen
- Kindergartenbesuch:
- Unauffällig     Trennungsprobleme     anderes: \_\_\_\_\_
- 

Ihr Kind besucht im Moment die \_\_ Klasse an der \_\_\_\_\_ Schule (GS/FS/RS/IGS/HS/Gym)

Einschulung:

- Unauffällig     Eingewöhnungsprobleme     Vorklasse/Rückstellung
- Grundschulzeit:
- Unauffällig     Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_
- Regulär     offene Eingangstufe

Weiterführende Schule:

Schulform: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

- Unauffällig     Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_
- Schulempfehlung für: \_\_\_\_\_
- Klasse wiederholt, welche \_\_\_\_\_

Betreuung außerhalb der Schule \_\_\_\_\_

Wiesbaden, den \_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)

Raum für persönliche Anmerkungen: