

## Anmeldebogen / Fragebogen für Neupatienten

Liebe Eltern und Sorgeberechtigte,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, einen umfassenden Überblick über die gesundheitliche und entwicklungsbezogene Situation Ihres Kindes zu erhalten. So können wir gemeinsam die bestmögliche Unterstützung bieten. Bitte beantworten Sie die Fragen so sorgfältig wie möglich. Falls Sie Fragen haben oder etwas unklar ist, sprechen Sie uns jederzeit an. Selbstverständlich werden alle Informationen vertraulich behandelt.

Kind/Jugendlicher (m/w/d)

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum	
_____		_____	_____
Straße		PLZ	Ort
_____	_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail	
_____	_____	_____	_____
Krankenkasse	Anteil Beihilfe (%)	Mitversichert bei	Kinderarzt / Hausarzt
_____		_____	
Staatsangehörigkeit		Beste Erreichbarkeit (Zeiten)	

Eltern leben

Zusammen                      Getrennt                      Geschieden                      Alleinerziehend

Kind lebt bei

Eltern                      Mutter                      Vater

\_\_\_\_\_

Weitere

Sorgeberechtigte Mutter

_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum	
_____		_____	_____
Straße		PLZ	Ort
_____	_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail	
_____	_____	_____	_____
Schulabschluss/Ausbildung	Ausgeübter Beruf		
_____		_____	
Staatsangehörigkeit		Beste Erreichbarkeit (Zeiten)	

## Sorgeberechtigter Vater

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail
_____	_____	
Schulabschluss/Ausbildung	Ausgeübter Beruf	
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit		Beste Erreichbarkeit (Zeiten)

## Weitere Bezugspersonen

Bei wem lebt Ihr Kind?

Stiefmutter/-vater

Adoptivmutter/-vater

Pflegemutter/-vater

Lebenspartner/in von Mutter/Vater

Modell

Andere

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Mobiltelefon	E- Mail
_____	_____	
Schulabschluss/Ausbildung	Ausgeübter Beruf	
_____	_____	_____
Staatsangehörigkeit		Beste Erreichbarkeit (Zeiten)

## Geschwister

1. Geschwister

2. Halbgeschwister

3. Stiefgeschwister

_____	_____	Männlich	Weiblich	Divers
Vorname	Geburtsdatum			
_____	_____	Männlich	Weiblich	Divers
Vorname	Geburtsdatum			
_____	_____	Männlich	Weiblich	Divers
Vorname	Geburtsdatum			

## Krankheitsvorgeschichte in der Familie

Gibt es schwere körperliche Erkrankungen in der Familie?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche?

Gibt es psychische Erkrankungen in der Familie?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche?

## Empfehlung, aktuelle Betreuung und schulische Angaben

---

Empfohlen durch (z. B. Kinderarzt, Lehrer, Psychologe)

---

Aktuelle Einrichtung (Schule, Kindergarten)

Klasse

Name des Klassenlehrers

## Bisher besuchte Einrichtungen (Krippe, Kindergarten, Schule)

---

Welche Kinderkrippe, welcher Kindergarten oder welche Schule hat Ihr Kind bisher besucht?

## Frühere Therapien

Hat Ihr Kind bereits Therapien erhalten (z. B. Psychotherapie, Logopädie, Ergotherapie)?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche und seit wann? (Bitte vorhandene Befunde mitbringen.)

## Letzte Arztbesuche

---

Kinderarzt

Datum

---

HNO-Arzt

Datum

---

Wurde das Hörvermögen Ihres Kindes in einer spezialisierten Untersuchung überprüft (z. B. in einer HNO-Klinik oder einem pädaudiologischen Zentrum)? Wenn ja, wann und mit welchem Befund?

---

Augenarzt

Datum

---

Kinder-/Jugendpsychiater

Datum

## Krankheitsgeschichte

Gab es ernsthafte körperliche Erkrankungen?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche?

Besteht eine anerkannte Schwerbehinderung oder Pflegestufe?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte Prozent angeben.

Wenn ja, bitte Merkzeichen angeben.

Wenn ja, bitte Pflegegrad angeben.

---

War Ihr Kind bereits im Krankenhaus?

Nein

Ja

---

Wenn ja – wann, warum und wie lange?

Bestehen aktuell gesundheitliche oder psychische Probleme?

---

Wenn ja, bitte kurz beschreiben und angeben, seit wann die Probleme bestehen.

---

Gab es Situationen, in denen Ihr Kind oder Ihre Familie mit Gedanken an Selbstverletzung oder schädigendes Verhalten konfrontiert war? Falls ja, bitten wir um eine kurze Beschreibung.

---

## Aufenthalt außerhalb der Familie

Hat Ihr Kind schon einmal für einen längeren Zeitraum außerhalb der Familie gelebt?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte kurz erläutern.

---

## Frühere Beratungen und Behandlungen:

Gab es bereits weitere Untersuchungen oder Beratungen (z. B. in Kliniken, bei niedergelassenen Ärzten, in der Erziehungsberatung, beim Jugend- oder Gesundheitsamt, schulpsychologischer Dienst)?

Nein

Ja

---

Wenn ja, wann, wo und warum?

War Ihr Kind schon früher in ambulanter oder stationärer Behandlung wegen ähnlicher Probleme?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte kurz erläutern.

---

## Medikamenteneinnahme und Therapie

Nimmt Ihr Kind aktuell Medikamente?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche und seit wann?

Besucht Ihr Kind aktuell eine Therapie?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche Therapie, bei wem und seit wann?

## Substanzgebrauch

Hat Ihr Kind jemals Alkohol oder Drogen konsumiert?

Nein

Ja

---

Wenn ja, welche?

Bitte schildern Sie kurz den Grund der Vorstellung, aktuelle Schwierigkeiten und das Ziel der Untersuchung.

---

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von (Name, Beziehung zum Kind)

Datum

## Anamnesebogen

### Schwangerschaft / Geburt

#### Schwangerschaftshistorie

Wie viele Schwangerschaften hatten Sie insgesamt?  
(Bitte geben Sie die Anzahl der Aborte und der Entbindungen an.)

\_\_\_\_\_

Aborte

\_\_\_\_\_

Entbindungen

Gab es während der Schwangerschaft besondere gesundheitliche oder belastende Umstände?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

Blutungen

Vorzeitige Wehen

Psychische Belastungen

Erkrankungen

\_\_\_\_\_

Bitte angeben

Einnahme von Substanzen: Medikamente, Nikotin, Alkohol, Drogen

#### Geburtsdetails

In welcher Schwangerschaftswoche fand die Geburt statt?

\_\_\_\_\_

Schwangerschaftswoche

Geburtsart (bitte ankreuzen bzw. ergänzen)

Normale Entbindung

Saugglocke

Zangenentbindung

Andere

\_\_\_\_\_

Bitte angeben

Gab es Komplikationen während der Geburt?

Nein

Ja

\_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte näher erläutern.

Angaben zu Geburtsgewicht, -größe und APGAR-Werten

\_\_\_\_\_

Gewicht (Gramm)

\_\_\_\_\_

Größe (cm)

\_\_\_\_\_

APGAR-Werte

## Neugeborenen- und Frühkindentwicklung

### Direkt nach der Geburt

Gab es Probleme (z. B. Sauerstoffgabe, Aufenthalt auf der Intensivstation)?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

### Motorik und Sprache

War die motorische Entwicklung (z. B. freies Laufen nach dem 14. Lebensmonat) auffällig?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

War die Sprachentwicklung verzögert oder auffällig?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

### Entwicklung der Sauberkeit

Gab es Auffälligkeiten bei der Entwicklung der Sauberkeit?

Nein

Ja

---

Wenn ja, bitte kurz beschreiben.

### Weitere Aspekte der frühkindlichen Entwicklung

#### ERSTES LEBENSJAHR

Trinkschwierigkeiten/Ernährungsprobleme	Nein	Ja
Schlafstörungen	Nein	Ja
Auffallendes Schreiverhalten	Nein	Ja

## Neugeborenen- und Frühkindentwicklung

Starke Schreckhaftigkeit	Nein	Ja
Verzögerungen bei ersten motorischen Meilensteinen (z. B. Umdrehen, Sitzen, Krabbeln)	Nein	Ja
Wenig Blickkontakt	Nein	Ja
Schwierigkeiten beim Körperkontakt	Nein	Ja

### KLEINKINDALTER

Stimmungsschwankungen	Nein	Ja
Große Ablenkbarkeit	Nein	Ja
Weglaufen war ein Problem	Nein	Ja
Häufige Unfälle/kleine Verletzungen	Nein	Ja
Bewegungen auffallend eckig, ungeschickt, ruckartig	Nein	Ja
Starker Speichelfluss, über längere Zeit	Nein	Ja
Probleme mit dem Essen	Nein	Ja
Das Kind brauchte immer jemanden zum Mitspielen	Nein	Ja
Schwierigkeiten im Spiel mit Gleichaltrigen	Nein	Ja

### Herausforderungen in der frühkindlichen Betreuung

Gab es in der Kinderkrippe oder im Kindergarten besondere Schwierigkeiten?

---

Wie ist oder war das Verhältnis zu den Erzieher\*innen? Bitte kurz beschreiben.

## Kindergarten bis Schule

	Besuch der Vorschule	Nein	Ja
<hr/>			
Alter bei Kindergartenbeginn (Jahre)			
<hr/>			
KINDERGARTEN BIS SCHULE			
<hr/>			
Emotionale und soziale Anpassung			
<hr/>			
Gab es Trennungsprobleme beim Kindergartenbesuch?	Nein		Ja
War / ist der Kindergartenbesuch für Ihr Kind unbeliebt?	Nein		Ja
Hat Ihr Kind Gruppenspiele abgelehnt oder verweigert?	Nein		Ja
War Ihr Kind ein Einzelgänger oder Außenseiter?	Nein		Ja
Wurde Ihr Kind als „Spielverderber“ wahrgenommen?	Nein		Ja
Wurde Ihr Kind als aggressiv wahrgenommen?	Nein		Ja
Zeigte Ihr Kind distanzloses Verhalten?	Nein		Ja
<hr/>			
Verhalten und Gewohnheiten			
<hr/>			
Zeigte Ihr Kind auffällige Marotten oder Grimassen?	Nein		Ja
Hat Ihr Kind Nägel gekaut?	Nein		Ja
Gab es auffällige oder ungewöhnliche Essgewohnheiten?	Nein		Ja
Hat Ihr Kind Zärtlichkeiten oder Schmusen abgelehnt?	Nein		Ja
Hat Ihr Kind Körperkontakt abgelehnt?	Nein		Ja
<hr/>			
Spiel- und Lernverhalten			
<hr/>			
War Malen oder Basteln für Ihr Kind unbeliebt?	Nein		Ja
War die Verweildauer im Spiel auffallend kurz?	Nein		Ja
Fiel es Ihrem Kind schwer, sich an Regeln in Spielen zu halten?	Nein		Ja
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Einschätzen von Gefahren?	Nein		Ja
<hr/>			
Alltagsbewältigung und Entwicklung			
<hr/>			
Hatte Ihr Kind Probleme beim Einschlafen oder Durchschlafen?	Nein		Ja
Gab es größere Probleme mit der Sauberkeit?	Nein		Ja
War das Anziehen täglich eine Herausforderung?	Nein		Ja
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Erlernen des Radfahrens?	Nein		Ja

## Schulische Entwicklung und Verhalten

	Wurde das Kind eventuell zurückgestellt?	Nein	Ja
<hr/>			
Alter bei Einschulung (Jahre)			
<hr/>			
<b>Schulanfang und allgemeine Schulanpassung</b>			
<hr/>			
Hat sich Ihr Kind heftig gegen die Schule gesträubt?	Nein		Ja
Hatte Ihr Kind Ärger mit den Lehrkräften?	Nein		Ja
War das Arbeitsverhalten in der Schule problematisch?	Nein		Ja
Hatte Ihr Kind Probleme beim Lesen, Schreiben oder Rechnen?	Nein		Ja
<hr/>			
<b>Hausaufgaben und Lernverhalten</b>			
<hr/>			
Braucht Ihr Kind Anwesenheit und Unterstützung bei den Hausaufgaben?	Nein		Ja
Dauern die Hausaufgaben außergewöhnlich lange?	Nein		Ja
Werden Hausaufgaben häufig vergessen?	Nein		Ja
Ist die Konzentration Ihres Kindes schlecht?	Nein		Ja
Ist Ihr Kind leicht ablenkbar?	Nein		Ja
Ist das Arbeitstempo verlangsamt?	Nein		Ja
Führt Ihr Kind Tätigkeiten oft nicht zu Ende?	Nein		Ja
Werden Aufgaben selten gewissenhaft durchgeführt?	Nein		Ja
Sind die schulischen Leistungen sehr wechselhaft?	Nein		Ja
<hr/>			
<b>Verhalten im Schulalltag</b>			
<hr/>			
Kann Ihr Kind nicht warten?	Nein		Ja
Hat Ihr Kind Probleme mit Tagträumerei?	Nein		Ja
Ist Trödeln ein Problem?	Nein		Ja
Zeigt Ihr Kind Clownverhalten oder übertriebenes Kaspern?	Nein		Ja
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, Ordnung zu halten?	Nein		Ja
Missachtet Ihr Kind häufig Spielregeln?	Nein		Ja

## Schulische Entwicklung und Verhalten

Soziale Beziehungen und Verhalten gegenüber anderen		
Hält Ihr Kind Freundschaften nur kurz?	Nein	Ja
Ist Ihr Kind unbeliebt?	Nein	Ja
Wird Ihr Kind gemobbt?	Nein	Ja
Wird Ihr Kind von anderen gefürchtet?	Nein	Ja
Ist Ihr Kind häufig aggressiv?	Nein	Ja
Emotionale Auffälligkeiten und Ängste		
Hat Ihr Kind ausgeprägte Ängste, Ekelgefühle oder Phobien?	Nein	Ja
Hat Ihr Kind Schlafstörungen oder Alpträume?	Nein	Ja
Hat Ihr Kind problematisches Essverhalten?	Nein	Ja
Ist Ihr Kind zwanghaft pedantisch?	Nein	Ja
Auffälliges oder gefährdendes Verhalten		
Zündelt Ihr Kind?	Nein	Ja
Lügt Ihr Kind häufig?	Nein	Ja
Stiehlt Ihr Kind?	Nein	Ja
Haben Sie Bedenken, Ihr Kind länger unbeaufsichtigt zu lassen?	Nein	Ja
Mediennutzung und Impulssteuerung		
Zappelt Ihr Kind beim Spielen, Fernsehen, Lesen oder Hausaufgaben?	Nein	Ja
Verbringt Ihr Kind sehr viel Zeit vor dem Fernseher oder Computer?	Nein	Ja

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung?

\_\_\_\_\_  
Name und Zeitraum

\_\_\_\_\_  
Dieser Bogen wurde ausgefüllt von (Name, Beziehung zum Kind)

\_\_\_\_\_  
Datum