



**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie**

# *Anamnestischer Elternfragebogen*

**Sehr geehrte Eltern,**

um die vielfältigen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen verstehen und einordnen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns so, mit Ihnen gemeinsam Hilfestellung und Lösungen für sie und ihr Kind zu finden.

Natürlich ersetzt der Fragebogen keinesfalls persönliche Gespräche, die wir mit Ihnen in regelmäßigen Abständen führen werden.

Ihre Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

---

**Vor- und Zuname des Kindes:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

Wer hat das **Sorgerecht** für das Kind:  Mutter  Vater  Beide Eltern

Eltern zusammenlebend  Eltern getrenntleben

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

**Wer füllt den Fragebogen aus?**

\_\_\_\_\_

**VORSTELLUNGSGRUND:**

Welche Schwierigkeiten, Sorgen oder Probleme veranlassen Sie, ihr Kind bei uns vorzustellen?

---

---

---

Konnten Sie in den letzten Monaten eine der folgenden Verhaltensweisen bei Ihrem Kind beobachten:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität             | <input type="checkbox"/> Gedrückte Stimmung                  |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme     | <input type="checkbox"/> Rückzug                             |
| <input type="checkbox"/> Lernprobleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit                   |
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen      | <input type="checkbox"/> Somatische Beschwerden              |
| <input type="checkbox"/> Hausaufgabenprobleme       | <input type="checkbox"/> Suizidgedanken                      |
| <input type="checkbox"/> Wutanfälle                 | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                     |
| <input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten      | <input type="checkbox"/> Schulverweigerung                   |
| <input type="checkbox"/> Oppositionelles Verhalten  | <input type="checkbox"/> Essstörungen                        |
| <br>  |  |
| <input type="checkbox"/> Ängste                     | <input type="checkbox"/> Einkoten                            |
| <input type="checkbox"/> Zwänge                     | <input type="checkbox"/> Einnässen                           |
| <input type="checkbox"/> Schüchternheit             | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit/Orientierungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Selbstverletzungen         | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen                   |
| <br>  |  |
| <input type="checkbox"/> Diebstähle                 | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen                  |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch          | <input type="checkbox"/> Tics                                |
| <input type="checkbox"/> Drogenkonsum               | <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten            |
| <input type="checkbox"/> Lügen                      |  |
| <input type="checkbox"/> Schuleschwänzen            |  |
| <input type="checkbox"/> Zündeln                    |  |
| <input type="checkbox"/> Weglaufen/Streunen         |  |

**ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES:**

**SCHWANGERSCHAFT:**

Traten in der Schwangerschaft Erkrankungen oder Komplikationen (z.B. Blutungen, CTG-Auffälligkeiten,..) auf? Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Haben Sie unter psychischen Störungen gelitten? Nein

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente wurden während der Schwangerschaft eingenommen?

\_\_\_\_\_

Haben sie während der Schwangerschaft:

Zigaretten geraucht  Ja  Nein

Alkohol getrunken  Ja  Nein

Drogen konsumiert  Ja  Nein

**GEBURT:**

In welcher Schwangerschaftswoche wurde ihr Kind geboren: \_\_\_\_\_ APGAR-Werte: \_\_\_\_\_

Das Geburtsgewicht betrug: \_\_\_\_\_ g      Größe: \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Welche der folgenden Komplikationen lagen bei der Geburt vor?

Zangengeburt       Saugglocke       Kaiserschnitt       Verschlechterung der Herztöne

Nabelschnurumschlingung um den Hals

Musste Ihr Kind nach der Geburt aufgrund gesundheitlicher Probleme für längere Zeit in der Klinik bleiben, um dort betreut zu werden? Nein

Ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde bei dem Kind eine Sauerstoffbeatmung durchgeführt?  Ja  Nein

Musste das Kind in den Brutkasten gelegt werden?  Ja  Nein

**FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG:**

Welche der folgenden Schwierigkeiten traten **im ersten Lebensjahr** auf?

keine

- Exzessives Schreien  
 schwere Probleme beim Essen oder Füttern  
 Schlafstörungen  
 Kontaktstörung

Das Kind konnte allein gehen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Das Kind sprach die ersten Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

Das Kind war sauber mit \_\_\_\_\_ Monaten

Das Kind war trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten

Das Kind  nässt tagsüber noch ein  nässt nachts noch ein  
 kotet noch ein

Waren schon in der **KITA / Kindergartenzeit** folgende Auffälligkeiten zu beobachten?

In der **Sprachentwicklung**

- Stottern  
 Undeutliche oder verwaschene Aussprache  
 Lispeln  
 Über längere Zeit nicht sprechen (z.B. im Kindergarten)  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

In der **motorischen Entwicklung**

- Motorisch auffällig  
 Feinmotorisch auffällig (z.B. beim Ausschneiden)  
 In der Kraftdosierung auffällig (z.B. beim Schreiben)

In der **Sauberkeitsentwicklung**

- Einnässen tagsüber von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Einnässen nachts von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 Einkoten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

In der **allgemeinen Entwicklung**

- Ängstlichkeit vor: \_\_\_\_\_  
 Essprobleme  
 Gehemmtheit oder Schüchternheit  
 Häufige Bauch- oder Kopfschmerzen  
 Kontaktprobleme  
 Kommunikationsprobleme  
 Schlafstörungen  
 Trotziges Verhalten oder häufige Wutausbrüche  
 Zappeligkeit

ANAMNESTISCHER ELTERNFRAGEBOGEN

Gibt es **psychische Vorerkrankungen** des Kindes?

---

---

Welche **körperlichen Krankheiten** traten bei Ihrem Kind auf?  
(Bitte geben Sie auch an, wie alt Ihr Kind war)

---

---

Gab es längere **Krankenhausaufenthalte**?  
Aus welchen Gründen? Wie lange? In welchem Krankenhaus?

---

---

Hat das Kind **chronische Erkrankungen**? (z. B. Asthma, Neurodermitis)

---

Hat Ihr Kind **Allergien**?

---

Gab es bei Ihrem Kind Hinweise auf **Sehchwächen**? Brillenträger?  Ja  Nein

---

Gab es bei Ihrem Kind Hinweise auf **Hörschwächen**?

---

**KITABESUCH / KINDERGARTENBESUCH:**

Hat das Kind eine KITA, einen Kindergarten besucht? Ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wenn nein, weshalb nicht: \_\_\_\_\_

Ging das Kind gern in den Kindergarten?  Ja  Nein

Ging das Kind regelmäßig in den Kindergarten  Ja  Nein

Wurden von den Erzieherinnen oder von Ihnen auffällige Verhaltensweisen des Kindes beobachtet?  
Wenn ja, welche?

---

---

**SCHULBESUCH:**

Die Einschulung des Kindes erfolgte mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Wurde das Kind zurückgestellt?  Ja  Nein

Welche Klasse(n) wurde(n) wiederholt? \_\_\_\_\_

Wurde das Kind umgeschult? Bitte geben Sie die Schulen an, die Ihr Kind bisher besucht hat? (Name der Schule, Schultyp, von wann bis wann wurde die Schule besucht)

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

Welche Schule besucht Ihr Kind aktuell?

\_\_\_\_\_

Wie sind im Durchschnitt die **schulischen Leistungen** des Kindes in:

**Deutsch:**

sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft

**Mathematik:**

sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft

**Englisch:**

sehr gut  gut  befriedigend  ausreichend  mangelhaft

Wie sehr müssen Sie sich um die Schule und die **Hausaufgaben** bei Ihrem Kind kümmern:

Sehr oft  ab und zu  nur selten

Das Kind benötigt für seine Hausaufgaben täglich \_\_\_\_\_ Stunden.

Bekommt das Kind speziellen Nachhilfeunterricht?

Wenn ja, wie oft und wie lange, in welchen Fächern: \_\_\_\_\_

**FREIZEIT:**

Hat das Kind „feste“ Freunde  Ja  Nein

Welche Lieblingsbeschäftigungen / Hobbies / Vereinsaktivitäten hat Ihr Kind:

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

**Positive Seiten des Kindes:**

Was mögen Sie an Ihrem Kind:

---

---

Gibt es Dinge, die Ihr Kind besonders gut kann:

---

---

**DELINQUENZ:**

Sind kriminelle Handlungen Ihres Kindes bekannt bzw. erfolgten Anzeigen?  
Wurde Ihr Kind bereits verurteilt / inhaftiert? Existieren Bewährungsauflagen?  
Sind ggf. strafrechtliche Konsequenzen offen?

---

---

Gibt es bei Ihnen Waffen im Haus?     Ja    Nein

**VORBEHANDLUNGEN:**

Bei wem waren Sie mit Ihrem Kind in Behandlung, bevor Sie sich an uns gewendet haben?

Bitte geben Sie den Namen sowie die Art und Dauer der Behandlung an:

**Beispiel:**      **Frau Meier**                              **Ergotherapie**                              **1998 – 2000**

---

---

---

Wurde oder wird Ihr Kind aufgrund der Probleme schon einmal **medikamentös** behandelt?

Bitte geben Sie den Namen des Medikamentes und die Dosierung an. Von wann bis wann hat Ihr Kind das Medikament eingenommen? Wer hat das Medikament verordnet?

**Beispiel:**      **Ritalin 2x10mg**                              **seit Sommer 2004**

---

---

---

Gibt es Verwandte des Kindes, bei denen ein unerwarteter Tod / plötzlicher Herztod / Herzrhythmusstörungen / Herzinfarkt auftraten?

Ja       Nein

**SOZIAL- UND FAMILIENANAMNESE:**

**Bitte nur eigene Angaben zu Ihrer eigenen Person!**

**Kindsvater:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Aktuell ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

**Kindsmutter:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Schul- und Berufsausbildung: \_\_\_\_\_

Aktuell ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_

**Wenn das Kind nicht bei den leiblichen Eltern lebt:**

**Soziale Eltern** (Adoptiveltern, Pflegeeltern, Stiefeltern oder Verwandte des Kindes):

**Soziale Mutter:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

**Sozialer Vater:** \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

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

**Einrichtung:** \_\_\_\_\_

Ansprechpartner/-in: \_\_\_\_\_

**Andere wichtige Bezugspersonen:**

Welche anderen Menschen sind für das Kind sehr wichtig?

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

**ANAMNESTISCHER ELTERNFRAGEBOGEN**

Mit wem hat das Kind in seinem bisherigen Leben in welchem Alter zusammengelebt?

---

---

---

**Geschwister des Kindes**

Name

Geburtsdatum

Wo lebt das Kind?

1.Kind:

---

2.Kind:

---

3.Kind:

---

4.Kind:

---

5.Kind:

---

Welche schweren Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsstörungen traten bei den Geschwistern des Kindes auf?

---

---

---

Bei wem hat Ihr Kind seinen aktuellen Lebensmittelpunkt?

---

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

Ja

Nein

**Verkehrsmedizin:**

Führerscheinklassen in Deutschland	
<b>Mofa-Prüfbescheinigung (kein Führerschein!)</b> <b>15</b> Mofa (bis 25 km/h)	<b>A</b> <b>18</b> Motorräder (max. 25 kW für die ersten zwei Jahre)
<b>M</b> <b>16</b> Roller und Mopeds (bis 45 km/h)	<b>B</b> <b>18</b> Kraftfahrzeuge bis 3,5 t mit max. 8 Plätzen (außer Fahrer), Anhänger bis 750 kg
<b>L</b> <b>16</b> Kleinere landwirtschaftliche Zugfahrzeuge bis 32 km/h, mit Anhänger bis 25 km/h	<b>BE</b> <b>18</b> Kraftfahrzeuge bis 3,5 t mit max. 8 Plätzen (außer Fahrer), Anhänger über 750 kg
<b>S</b> <b>16</b> Quads und Co. (drei- und vierrädige Leichtkraftfahrzeuge) bis 45 km/h	<b>C1</b> <b>18</b> LKW über 3,5 t aber unter 7,5 t mit max. 8 Plätzen (außer Fahrer), Anhänger bis 750 kg
<b>T</b> <b>16</b> Traktoren bis 40 km/h (ab 18 Jahren: über 40 km/h)	<b>C</b> <b>18</b> LKW über 3,5 t mit max. 8 Plätzen (außer Fahrer), Anhänger bis 750 kg
<b>A1</b> <b>16</b> 80er (Leichtkraftrad mit max. 80 km/h)	<b>CE</b> <b>18</b> LKW über 3,5 t, (unter 21 Jahre: max. 7,5 t Gesamtgewicht)
	<b>D</b> <b>18</b> Bus (wird unterteilt in D: Bus mit mehr als 8 Plätzen (außer Fahrer), D1: Bus mit max. 17 Plätzen)

Infografik: Bundesanstalt für Straßenwesen, www.bast.de      Legende: **15**= Mindestalter (15, 16 oder 18 Jahre)      **bast**

Aktuell Besuch einer **Fahrschule**?       Ja       Nein

Besitzt Ihr Kind bereits einen **Führerschein**?

- Führerscheinklasse:

- Mofa-Prüfbescheinigung     M     L     S     T     A1
- A     B     C     D

Bedient Ihr Kind schwere Maschinen?       Ja       Nein

Gibt es etwas Weiteres, das bisher nicht erwähnt wurde, Ihnen aber zusätzlich ebenfalls wichtig ist?

---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift