



Praxis U. Ronja Philippsen · Place le Pecq · D - 53773 Hennef

## Anamnesefragebogen

Name des Kindes:

Geb.-Datum:

Name der Mutter:

Geb.-Datum:

Name des Vaters:

Geb.-Datum:

Aktueller Kindergarten/Schule:

Klassenstufe:

Name und Alter der leiblichen Geschwister:

.....  
.....

Name und Alter der Halbgeschwister und der Elternteile:

.....  
.....

Name und Alter der Stiefgeschwister und der Elternteile:

.....  
.....

U. Ronja Philippsen

Ärztin für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie, Psychotherapie,  
und klassische Homöopathie

Praxis U. Ronja Philippsen  
Place le Pecq  
D - 53773 Hennef

Tel: +49 2242 - 91 526 - 0  
Fax: +49 2242 - 91 526 - 26  
sekretariat@praxis-philippsen.de  
www.praxis-philippsen.de

Bankverbindung:  
Sparkasse Krefeld  
IBAN DE 6032 0500 0000 0007 6471  
BIC SPKRDE33XXX



**Lebenssituation des Kindes:** bei beiden Eltern  
bei der Mutter  
bei dem Vater  
bei Mutter und Stiefvater  
bei Vater und Stiefmutter  
bei Pflegeeltern  
bei Adoptiveltern  
bei Großeltern, mütterlicherseits/väterlicherseits  
bei Sonstigen: .....

**Familienstand der Eltern:** verheiratet, seit: .....  
unverheiratet  
getrennt lebend seit: .....  
geschieden seit: .....  
Verwitwet seit: .....

**Sorgerecht:** gemeinsames  
alleiniges Sorgerecht der Mutter  
alleiniges Sorgerecht des Vaters  
sonstige Sorgeberechtigte: .....  
beteiligtes Jugendamt: .....  
eventueller Vormund: .....

**Besuchsregelung bei getrennt lebenden Eltern:** regelmäßig, alle .... Wochen  
unregelmäßig  
kein Kontakt seit .....

**Voruntersuchungen / Vorbehandlungen: Ort/ Name/ Zeitpunkt/ Dauer**

Praxis: .....  
Klinik: .....  
Institut: .....  
Psychotherapie: .....  
Erziehungsberatung: .....  
Schulpsychologischer Dienst: .....

Beratungsstelle: .....

Logopädie: .....

Ergotherapie: .....

Krankengymnastik: .....

Lerntherapie: .....

Nachhilfe: .....

**Verhaltensauffälligkeiten Ihres Kindes(aktuell!) eines Familienmitglieds**

starke Zappeligkeit	seit:	seit:
Hyperaktivität	seit:	seit:
erhöhte Ablenkbarkeit	seit:	seit:
Konzentrationsprobleme	seit:	seit:
aggressives Verhalten	seit:	seit:
Neigung zu Impulsivität	seit:	seit:
Regelprobleme	seit:	seit:
depressive Stimmung	seit:	seit:
Trennungsängste	seit:	seit:
Schüchternheit	seit:	seit:
Kontaktprobleme	seit:	seit:
Angststörung	seit:	seit:
Tics	seit:	seit:
Lese-/Rechtschreibpr.	seit:	seit:
Rechenprobleme	seit:	seit:
Wahrnehmungsstörung	seit:	seit:
Sprachentwicklungsverzögerung	seit:	seit:
Sprachprobleme	seit:	seit:
Probleme der Motorik	seit:	seit:
Koordinationsprobleme	seit:	seit:
Alkoholabhängigkeit	seit:	seit:
Drogenabhängigkeit	seit:	seit:
Außenseiterrolle	seit:	seit:
Sonstige psychische Erkrankungen	seit:	seit:
Schwere körperliche Erkrankungen	seit:	seit:
Sonstiges	seit:	seit:

## Schwangerschaftsverlauf

Sind während der Schwangerschaft emotionale, psychische oder körperliche Probleme aufgetreten:

.....

Sind bei der **Geburt** Komplikationen aufgetreten:

Kaiserschnitt

Notkaiserschnitt

Zangengeburt

Saugglocke

Drücken auf den Bauch

Steckenbleiben des Kindes im Geburtskanal

Atemnot des Kindes

Beatmung des Kindes

Wärmebettchen

Wurden      wehenhemmende Mittel  
              wehenfördernde Mittel  
              Schmerzmittel  
              Antibiotika  
              Sonstiges: .....

eingesetzt?

Die Geburt erfolgte      zeitgerecht  
                                  vor dem errechneten Termin: .....Wochen  
                                  nach dem errechneten Termin: .....Wochen

Geburtsgewicht: .....Gramm

Geburtslänge: .....cm

Kopfumfang: .....cm

Wurde Ihr Kind gestillt: .....Wochen/ Monate

Gab es Komplikationen beim Stillen? .....

## **Entwicklung** Ihres Kindes

Krabbeln: mit....Monaten

Sitzen: mit.....Monaten

Stehen: mit.....Monaten

Laufen: mit....Monaten

Sprechen: mit....Monaten

Tagsüber trocken: mit.....Jahren

Nachts trocken: mit.....Jahren

Sauber: mit.....Jahren

## **Verhaltensauffälligkeiten** während der ersten drei Lebensjahre

Trinkschwäche

starke Unruhe

ständiges Schreien

Dreimonats-Koliken

Schlafprobleme

starke Trennungsangst

Krampfanfälle

Fieberkrämpfe

Kopfschmerzen/ Migräne

Entwicklungsverzögerungen: .....

## **Verhaltensauffälligkeiten** während der **Kindergartenzeit**

starke Zappeligkeit                      seit:

erhöhte Ablenkbarkeit                      seit:

aggressives Verhalten                      seit:

Regelprobleme                      seit:

Trennungsängste                      seit:

Schüchternheit                      seit:

Kontaktprobleme                      seit:

Sprachprobleme                      seit:

Probleme der Motorik                      seit:

Koordinationsprobleme                      seit:

Außenseiterrolle                      seit:

Sonstiges                      seit:



## **Besonderheiten** in der **Schulzeit**

Einschulung als Kann-Kind

Besuch der Vorschule

Häufiger Klassenlehrerwechsel

Schulwechsel in der ... Klasse

Wiederholung einer Klassenstufe ....

Sonstiges .....

## Welche **Krankheiten** hat Ihr Kind bisher durchgemacht?

häufige Mittelohrentzündungen

häufige Bronchitiden

Asthma

Neurodermitis

Krupp-Anfälle

Pseudo-Krupp-Anfälle

Epilepsie

Migräne

Drogenmißbrauch

Selbstverletzung

Unfälle.....

Operationen.....

Klinikaufenthalte.....

Sonstiges.....

## Nimmt Ihr Kind **Medikamente** ein?

Welche.....

seit wann.....

Gibt es zurzeit **besondere Belastungen** für Ihr Kind/ die Eltern/ die gesamte Familie?

keine Belastungen

Krankheit eines Familienmitglieds

Ehekonflikte

familiäre Konflikte

berufliche Konflikte

Konflikte mit Nachbarn/ Freunden

Arbeitslosigkeit

Hausbau

finanzielle Probleme

Sonstiges: .....

Gibt es **Familienmitglieder** zu denen Sie **keinen Kontakt** mehr haben?

.....

Ausgefüllt von Mutter / Vater / Sonstigen.....am.....

Bitte überprüfen Sie, ob Sie alle Punkte vollständig beantwortet haben!

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe

Ihr Praxisteam