



## Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Sandra Vockrodt | Dr. med. Katrin Schmittinger (ang.)  
Moislinger Allee 20a | 23558 Lübeck  
Tel. +49 451 40083090 | Fax +49 451 40083091  
kontakt@kjp-ankerhafen.de | www.kjp-ankerhafen.de

### Anamnesebogen

Liebe PatientInnen, sehr geehrte Eltern und Sorgeberechtigte,

sie haben sich für eine Vorstellung Ihres Kindes in unserer KJP-Praxis Ankerhafen entschieden. Um einen guten Verlauf der Behandlung gewährleisten zu können, möchten wir Sie bitten, die folgenden Fragen genau und vollständig zu beantworten und uns am besten noch vor der Behandlung, gerne auch per Email, zukommen zu lassen. Ihre Daten werden selbstverständlich nach datenschutzrechtlichen Kriterien behandelt und können nur mit Ihrem (schriftlichen) Einverständnis an Dritte weitergegeben werden. Wir danken für Ihre Kooperation.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindes/Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Geschlecht: männlich      weiblich      divers

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Kindsmutter

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname des Kindsvaters

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Das Sorgerecht wird ausgeübt von:**

Beiden Eltern

Kindsmutter alleine

Kindsvater alleine

Andere: \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Vorstellungsgrund in der Praxis:**

**Liegen körperliche Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?**

**Regelmäßige Medikamenteneinnahme:**      Nein      Ja, und zwar:

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Präparat: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

**Familie:**

Beziehungsstatus der/der Sorgeberechtigten: \_\_\_\_\_

Beruf der Kindsmutter /der ersten Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Beruf des Kindsvaters /der zweiten Bezugsperson: \_\_\_\_\_

Derzeitige Wohnsituation / Das Kind lebt mit: \_\_\_\_\_

**Geschwister:**

Zahl der leiblichen Geschwister: \_\_\_\_\_

Kinderzahl i. d. gegenwärtigen Aufenthaltsfamilie: \_\_\_\_\_

**Vor- und Mitbehandler:**

Kinderarzt/-Ärztin: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Kinder- und  
Jugendpsychiater: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Logopädie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Physiotherapie: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Gab es stationäre oder tagesklinische Behandlungen?**      Nein.      Ja, und zwar:

**Bisher durchgeführte Untersuchungen:**

EEG	EKG	Blutbild	Intelligenztest	Test auf LRS	Hörprüfung
Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

**Besteht Kontakt zum Allgemeinen Sozialen Dienst (Jugendamt)?**

Nein      Ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

**Besteht eine Unterstützungsmaßnahme durch den Allgemeinen Sozialen Dienst z.B. Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Nachmittagsgruppe, ...)?**

Nein      Ja, und zwar:

\_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

**Welche Einrichtung (Kita, Schule) wird besucht?**

- |                         |             |                    |
|-------------------------|-------------|--------------------|
| Keine                   | Krippe      | Tagesmutter/-Vater |
| Kita                    | Grundschule | Förderschule       |
| Stadtteil-/Gesamtschule | Gymnasium   |                    |

andere: \_\_\_\_\_

Gruppe/Klasse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Kontaktdaten: \_\_\_\_\_

**Was mögen Sie an Ihrem Kind am meisten?**

Der Bogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_