



# PSYCHOTHERAPIE für Kinder und Jugendliche Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

## Anamnesebogen

Ausgefüllt von:  Vater  Mutter  anderer (sorgeberechtigter) Person:

-----

Name des Kindes: ----- Alter: -----

### Prä- und Postnatale Anamnese

Auffälligkeiten in der Schwangerschaft und Geburt:

Schlaf- / Wachrhythmus:	
Temperament / Regulationsvermögen	
Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?	
Beikost	
Weitere Anmerkungen:	



# PSYCHOTHERAPIE

für Kinder und Jugendliche  
Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

## Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung

Ab welchem Alter konnte Ihr Kind...

...frei sitzen?	
...frei laufen?	
...einzelne Wörter sprechen?	
...Sätze sprechen?	
...Fahrrad fahren?	
...schwimmen?	
Anmerkungen zum Temperament / „Trotzphase“	

## Krippe / Frühbetreuung

	Besuch von/bis
Eingewöhnung	
Beschäftigungsvorlieben	
Verhaltensbesonderheiten	



**PSYCHOTHERAPIE**  
für Kinder und Jugendliche  
Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

**Kindergarten**

Eintrittsalter	
Eingewöhnung	
Beschäftigungsvorlieben	
Verhaltensbesonderheiten	
Gab es Wechsel in der Betreuung?	

**Schule**

Eintrittsalter	
Verhalten im Übergang	
Lernverhalten / Belastungsfähigkeit	
Klassenwiederholungen?	
Verhaltensbesonderheiten	
Klasse- / Schulwechsel	
Aktuelle Klasse / Schulform	



# PSYCHOTHERAPIE

für Kinder und Jugendliche  
Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

Schulleistungen	
Fehlstunden	

Auffälligkeiten Ihres Kindes	Heute	Früher
Daumenlutschen / schnullern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfwiegen / schlagen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nägelkauen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Unruhe / Zappeligkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haare drehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprachschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verstopfung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Durchfälle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnässen tags	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einnässen nachts	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einkoten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwierigkeiten beim Essen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Erschöpfungszustände	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Alpträume	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Selbstverletzungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ängste	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schulprobleme	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



# PSYCHOTHERAPIE für Kinder und Jugendliche Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

## Gesundheitsanamnese

Hatte Ihr Kind besondere Erkrankungen? Wann/Wer hat sie behandelt (Klinik/Praxis)?

-----  
-----  
-----

Wurde ihr Kind schon mal ambulant psychotherapeutisch behandelt? (Wann, wie lange, Diagnose)

nein  ja, -----

Waren sie mit ihrem Kind schon mal in einem SPZ vorstellig? (Wann, wie lange, Diagnose)

nein  ja, -----

War ihr Kind schon mal in stationärer psychotherapeutischer Behandlung? (Wann, wo, wie lange, Diagnose)

nein  ja, -----

Hat Ihr Kind eine Behinderung:  nein  ja, -----

Benennt Ihr Kind in letzter Zeit häufig körperliche Beschwerden  nein  ja, -----

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit Suizidalität geäußert?  nein  ja, -----

Gibt es in der Familie/ Verwandtschaft Personen, mit ernsthafter körperlicher oder psychischer Erkrankung / Suizidalität / Behinderung/ Suchterkrankung?

nein  ja, -----



# PSYCHOTHERAPIE für Kinder und Jugendliche Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

## Spezielle Fördermaßnahmen

(Nachhilfe, Ergotherapie, Logopädie, Lerntherapie, Krankengymnastik, etc.):

nein  ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Konsumiert Ihr Kind Alkohol oder Drogen?  nein  ja, \_\_\_\_\_

## **Interessen / Hobbies / Aktivitäten / besondere Fähigkeiten**

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

## **Kritische Lebensereignisse**

(Vorfälle / Verluste / Traumatisierungen)

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



**PSYCHOTHERAPIE**  
für Kinder und Jugendliche  
Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

**Familienanamnese**

Geschwister (*Geschlecht und Alter nennen*):

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----

Jahr der Eheschließung: ----- ggf. Trennung: ----- ggf. Scheidung: -----

Beruf des Vaters: ----- Beruf der Mutter: -----

Wie würden Sie die Atmosphäre / Ihren Erziehungsstil bei sich in der Familie beschreiben?

-----  
-----

Gibt es wiederkehrende Konfliktthemen?

-----  
-----

Gab oder gibt es familiäre Belastungen? Kritische Lebensereignisse bei anderen Familienmitgliedern? Wie steht es um Ihr familiäres Unterstützungssystem? (z.B. Großeltern, Sozialpädagogische Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Integrationshilfe,...)

-----  
-----



# PSYCHOTHERAPIE

für Kinder und Jugendliche  
Praxis D. Eibl & D. Steinkohl

## Wohnsituation

Mietwohnung    Mietshaus    Wohneigentum

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

Hat es Zugriff auf

Fernseher    Computer    Konsole    Handy

Wie viele Stunden beschäftigt es sich täglich  
damit?

Welche Spiele / Plattformen?

---

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten