

Anamnesedokumentation

Ausgefüllt von: _____ Datum: _____
Patient: _____ geb: _____
Wohnort: _____
Adresse: _____ Mail: _____
Telefonnummer: _____
Sorgeberechtigte/r: _____
Leibliche Mutter: _____ geb: _____
Adresse: _____
Schul- und Berufsausbildung: _____
Jetziger Beruf/Arbeitgeber: _____
Tägliche Arbeitszeit: _____ Std.
Erkrankungen (körperl. oder psychische): _____
Erkrankungen in der Familie: _____
☐ Alleinerziehend
Telefonnummer: _____ Mail: _____
Leiblicher Vater: _____ geb: _____
Adresse, falls abweichend: _____
Schul- und Berufsausbildung: _____
Jetziger Beruf/Arbeitgeber: _____
Tägliche Arbeitszeit: _____ Std.
Erkrankungen (körperl. oder psychische): _____
Erkrankungen in der Familie: _____
☐ Alleinerziehend
Telefonnummer: _____ Mail: _____
Familienstand: ☐ Verheiratet ☐ Getrennt
seit: _____

Geschwister bitte Name, Vorname, Geburtsdatum, Schulform/Klasse, Erkrankungen angeben.

Leibliche Geschwister:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Halbgeschwister:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Kinderarzt: _____
Sozialdienste/Jugendamt: _____
Name und Telefon: _____

Warum möchten Sie Ihr Kind in der Praxis vorstellen?:

Was wurde zur Lösung der Probleme schon versucht? Wo haben Sie bereits Ihr Kind vorgestellt? (Bitte Institution und Vorstellungsjahr angeben)

Eigenanamnese:

Schwangerschaft

Verlauf: ☐ Ungestört

☐ Blutungen

☐ Erbrechen/Übelkeit

☐ Zigarettenkonsum: _____ pro Tag

☐ Drogenkonsum

☐ Mehrlingsschwangerschaft

☐ Vorzeitige Wehen

☐ Drohender Abort (Fehlgeburt?)

☐ Schwangerschaftsvergiftung

☐ Alkoholkonsum

☐ Medikamente _____

Psychische Belastungen: _____

Sonstiges zur Schwangerschaft: _____

Geburt:

Termin (SSW): _____

Wo erfolgte die Geburt: _____

Verlauf: ☐ Ungestört ☐ Verzögert

☐ Frühgeburt: _____ Woche Übertragung

☐ Zange/Nabelschnurumschlingung Kaiserschnitt

☐ Vorzeitiger Blasensprung

Geburtsgewicht: _____ g

Größe _____ cm

Kopfumfang: _____ cm

APGAR ____ / ____ / ____

Nach Geburt:

☐ Unkompliziert

☐ Sauerstoffmangel

☐ Brutkasten

☐ Verstärkte Gelbsucht

☐ Krämpfe

☐ Sonstiges: _____

Frühkindliche Regulation:

- ☐ Schreien/Unruhe (Stunde pro Tag): _____
- ☐ Einschlafstörung ☐ Durchschlafstörung
- ☐ Stillzeit: _____ Monate ☐ Fütterungsstörung
- ☐ Trinkschwierigkeiten

Angaben zur kindlichen Entwicklung:

Alleine sitzen mit: _____ Monaten Krabbeln mit: _____ Monaten

Alleine gehen mit: _____ Monaten

Erste Worte mit: _____ Monaten (Mama/Papa)

Erste Zweiwortsätze: _____ mit Monaten Richtig Sprechen mit: _____ Monaten

Sprachstörung: _____

Trocken mit: _____ Monaten Sauber mit: _____ Monaten

Körperliche und psychische Erkrankungen/Operationen: _____

Allergien: _____

Unverträglichkeit: _____

Appetit/Schlaf: _____

Aktuelle Medikation: _____

Welche Förderungen/Therapien hat Ihr Kind bisher und in welchem Jahr erhalten?

Frühförderung: _____

Ergotherapie: _____

Logopädie: _____

Krankengymnastik: _____

Psychotherapie: _____

Andere: _____

Kindergarten:

Kindergartenbesuch: ☐ Nein ☐ Ja, seit/von bis _____

Ggf. Anschrift des Kindergartens: _____

Verhalten im Kindergarten (Spiele, Freunde, etc.): _____

Störung bei Besuch des Kindergartens:

- ☐ Trennungsangst ☐ Kontaktstörung
- ☐ Spielstörung ☐ Aggression
- ☐ Unruhiges Verhalten ☐ Sonstiges: _____

Schulbesuch:

Alter bei Schuleintritt: _____ Jahre

Grundschule: _____

Verhalten/Probleme in der Grundschule: _____

Klassenwiederholung: ☐ Ja, Klasse _____

☐ Nein

Aktueller Schulzweig/Klasse: _____

Name aktuelle Schule: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Name derzeitiger Klassenlehrer: _____

Aktuelles Verhalten/Probleme in der Schule: _____

Hat das Kind die Schule gewechselt (außer von Grundschule auf die weiterführende Schule)

☐ Ja ☐ Nein wenn ja warum? _____

Lieblingsfächer: _____

Freizeitverhalten:

Hobbys: _____

Medienkonsum: (Fernsehen, Handy, PC, usw.): _____ Stunden pro Tag

Abweichende Elternsituation

Sorgeberechtigte:

komplettes Sorgerecht:

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Teile des Sorgerechts: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Gesetzlicher Vertreter: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Pflegeeltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Adoptiveltern: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Wohngruppe: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Andere: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Mail: _____

Einverständnis Behandlung

Ich bin einverstanden, dass ich / mein Kind _____ geb. _____
in der Praxis Wolf in Bingen am Rhein zur Diagnostik und Behandlung
vorgestellt wird /werde.

Da wir in unserer Praxis überwiegend nach Terminvereinbarung arbeiten, ist unser Praxisablauf
notwendigerweise stark strukturiert.

Termine, die von uns vergeben wurden sind deshalb verbindlich.

Falls Sie einen Termin nicht einhalten können – aus welchen Gründen auch immer – so sollte
dieser mindestens 24 Stunden vorher abgesagt werden. Andernfalls behalten wir uns vor, Ihnen
die entstandenen Kosten für den ausgefallenen Termin in Rechnung zu stellen, sofern dieser
nicht neu besetzt werden kann.

Unterschrift aller Sorgeberechtigter:

Mutter: _____ Vater: _____

Andere Sorgeberechtigte: _____

Patient über 18 Jahre _____

Hiermit erkläre ich mich mit der Aufnahme eines Fotos für die Patientenakte einverstanden.
Bingen, den _____ Unterschrift: _____

Erklärung zur Sozialpsychiatrischen Versorgung

Hiermit bestätige ich/wir,

dass unser Kind _____, geb. _____

zur Zeit nicht in

- anderen Sozialpsychiatrischen Einrichtungen
- psychiatrischen Institutambulanzen
- anderen sozialpsychiatrischen Praxen

behandelt wird.

Bingen am Rhein, den _____

Unterschrift der/des Sorgeberechtigten