PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

Anamnese

Name, Vorname des Patienten: ……

Geburtsdatum: ……

Liebe Eltern/Betreuer und Angehörige,
für die Planung des Erstgespräches bitten wir Sie darum sich zehn Minuten Zeit zunehmen und uns diesen Fragebogen auszufüllen. Wir behandeln alle Informationen **streng vertraulich** im Sinne der ärztlichen Schweigepflicht und geben sie nur mit Ihrem Einverständnis weiter.

Leider können wir Wartezeiten bis zu den Terminen meist nicht vermeiden.
Falls Sie verhindert sind, bitten wir auch für andere wartenden Patienten um Absage so früh wie möglich, spätestens aber zwei Werktage vor dem Termin. Bei akuter Gefahr, z.B. durch Suizidalität, wenden Sie sich bitte an die lokal zuständige kinderpsychiatrische Klinik.

Unsere Diagnostik und Behandlung dürfen wir nur mit dem Einverständnis aller Sorgeberechtigten durchführen. Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten; bitte richten Sie sich auf eine Termindauer von ca. 30 - 60 Minuten ein.
Bitte bringen Sie evtl. vorhandene Berichte anderer Institutionen, Schulzeugnisse etc. (gern in Kopie) mit. Für weitere Fragen und Einzelheiten stehen wir Ihnen zur Verfügung.

Bitte kreuzen Sie das jeweilige Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Sollte der Platz für ihre Angaben nicht ausreichen, nutzen sie bitte die Rückseite oder fügen dafür Extrablätter formlos hinzu.

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonstige ……..

<u>Grund der Vorstellung</u>: Welche Sorgen und Probleme führen Sie in unsere Praxis?

……

……

Seit wann besteht die Problematik?

……

Wer hat die Vorstellung in der Praxis angeregt?

……

Gab es bisher Kontakt zu Psychotherapeuten/ Jugendamt und/oder KJPD Ergotherapeuten/ Logotherapeuten / ? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, bitte Befunde mitbringen

Name: ……

Adresse: ……

……

Tel: ……

Sind Vorbefunde vorhanden? ☐ Ja ☐ Nein
(Wenn ja, bitte mitbringen)

Erhält das Kind derzeit Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja welche und wann?

……..

Wie ist die aktuelle Situation in der Kita bzw. der Schule?

……
……

Was sind die Stärken des Kindes?

……

Welche Erwartungen haben Sie an uns?

……

<u>Fragen zur Entwicklung des Kindes</u>

Für die geplante Untersuchung Ihres Kindes ist es sehr hilfreich, wenn Sie die folgenden Fragen möglichst vollständig und genau beantworten

War das Kind ein Wunschkind ☐ Ja ☐ Nein

Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Entbindung? ……Jahre

Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf? o Nein o Erbrechen o Blutungen o Röteln/ andere fieberhafte Erkrankungen o Toxoplasmose o Erhöhter Blutdruck (Fortsetzung nächste Seite) o Zuckerkrankheit o Nierenkrankheiten (Eiweißausscheidung im Urin) o Ohnmacht/ Krampfanfälle o Unfälle, Operationen, seelische Belastungen? Wenn ja, was? o Andere o Keine Angaben möglich	**Wurde während der Schwangerschaft Folgendes zu sich genommen?** o Zigaretten geraucht? o Alkohol getrunken? o Drogen konsumiert? o Medikamente eingenommen? _____ o Nichts dergleichen o Keine Angaben möglich
In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? …… Woche	**Welches Geburtsgewicht/ Größe hatte das Kind?** ……Gramm ……..CM
Traten <u>bei</u> der Geburt Komplikationen auf? o Nein o Künstliche Einleitung der Geburt o Zangengeburt/ Saugglocke o Sauerstoffmangel o Kaiserschnitt o Steißgeburt o Verschlechterung der kindl. Herztöne o Nabelschnurumschlingung o Keine Angaben möglich	**Traten <u>nach</u> der Geburt Komplikationen auf?** o Nein o Die Atmung des Kindes setzt nicht sofort ein (1. Schrei) o Sauerstoffbeatmung beim Kind durchgeführt o Blutaustausch musste beim Kind vorgenommen werden o Kind lag im Brutkasten nach Geburt o Gelbfärbung (auffällig) wurde beim Kind beobachtet o Zwillings- Mehrlingsgeburt lag vor? o Keine Angaben möglich

Ab wann konnte das Kind allein laufen? ……..

Wann sprach das Kind seine ersten Worte: …….

Wann sprach das Kind seine ersten Sätze: ……..

Ab wann war das Kind trocken und sauber? Nachts: ……

Tagsüber: ……

Traten in der Kindheit schwere/ chronische Krankheiten auf?:

……..

Welche Krankheiten traten auf?	**Welche Impfungen wurden vorgenommen?**
o Mumps o Keuchhusten o Masern o Scharlach o Windpocken o Diphtherie o Röteln o keine Weitere:_____	o Mumps o Keuchhusten o Masern o Scharlach o Windpocken o Diphtherie o Röteln o Keine Weitere: _____

Hat das Kind Schädelunfälle erlitten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wann und wodurch: ……

Besuchte das Kind die Kinderkrippe und/oder den Kindergarten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ab welchem Alter?: ……

Ging das Kind gerne und regelmäßig in den Kindergarten? ☐ Ja ☐ Nein

Waren die Eltern (Mutter/Vater) nach der Geburt berufstätig? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?: ……

Wurden bei dem Kind in den ersten 6 Lebensjahren folgende Auffällikgeiten beobachtet?

o verletzte sich viel	o motorische Unruhe	o Haarausreißen	o Kopfwerfen
o Einschlafstörungen	o suchte viel Körperkontakt	o lehnte Körperkontakt ehr ab	o eifersüchtig
o gehemmt/unsicher	o Nägelkauen	o Angstträume/Schlafwandel	o ruhig/bewegungsarm
o wenig Spielfreude	o Daumenlutschen	o ungeschickt mit Händen und Füßen	
o häufig kränkelnd	o Trotzanfälle		

Traten Schwierigkeiten während der Kindergartenzeit auf? ☐ Ja ☐ Nein

z.B. Eingewöhnungsprobleme, Trennungsangst?

……

Wann erfolgte die Einschulung des Kindes? ……..

Alter des Kindes bei Schuleintritt?: ……

O noch nicht schulpflichtig O zeitgerecht O vorzeitig O zurückgestellt

---

Traten Schulschwierigkeiten auf? ☐ Ja ☐ Nein

O Konzentrationsstörungen O Konflikte mit Mitschülern O Konflikte mit Lehrern
O Aggressionen O störendes Verhalten

_____

Wie verlief/verläuft der Schulbesuch des Kindes?

O regelrecht O Klassenstufen übersprungen O einmal wiederholt O umgeschult O abgebrochen

_____

Verabredet sich das Kind mit Freunden? ☐ Ja ☐ Nein

Das Kind ist überwiegend mit…. zusammen:

O sich allein O jüngeren Kindern O älteren Kindern O gleichaltrigen Kindern

Spielt das Kind gerne mit seinen Geschwistern? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, was? ……..

Folgende Angaben zum Spielverhalten treffen zu:

O spielt selten O räumt seine Spielsachen nicht weg O ist noch sehr verspielt
O muss zum Spielen angehalten werden O wenig Phantasie beim Spielen
O hat wenig ausdauer O zerstört mutwillig Spielsachen O hält sich nicht an Regeln
O es bleibt nur kurz bei der Sache O Nichts dergleichen

Wer erzieht vorwiegend das Kind?

☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere Personen

Welche weiteren Erziehungspersonen haben Einfluss auf die Erziehung des Kindes?

☐ Verwandte ☐ Sonstige Personen ☐ Keine weiteren Personen

Welche Auffälligkeiten in der Herkunftsfamilie des Kindes sind bekannt?
(Zutreffendes bitte ankreuzen und nach Möglichkeit kurze Angaben machen)

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Keine				
Chronische Krankheiten				
Suchterkrankung				
Neurol./ hinrorgan. Erkrankung				
psychische Auffälligkeiten/ Störungen				
Persönlich-keitsstörung				
Andere				

Datum: _____

_____ _____
Unterschrift Kindesmutter: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Kindesvater: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: Name in Druckbuchstaben:

_____ _____
Unterschrift des Vormundes: Name in Druckbuchstaben:

Einverständnis zur Behandlung: Mir/uns ist bekannt, dass eine Kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung nur mit dem ***ausdrücklichen Einverständnis aller Sorgeberechtigten*** erfolgen kann.
Der/ die Unterzeichnende/n versichern hiermit, dass alle Sorgeberechtigten informiert werden und mit der hier geplanten Diagnostik und Therapie einverstanden sind.