

Anamnesebogen

I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

.....
Name und Vorname des Kindes

.....
Geburtsdatum

.....
Geschlecht

.....
Anschrift

.....
Krankenversicherung

.....
Staatsangehörigkeit

II. Angaben zu den Eltern (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

1. MUTTER

☐ leibliche Mutter

☐ Adoptivmutter

☐ Pflegemutter

☐ Stiefmutter

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Anschrift (falls abweichend)

.....
Telefon-/Mobilnummer

.....
Emailadresse

.....
Beruf

.....
Chronische Erkrankungen

2. VATER

☐ leiblicher Vater

☐ Adoptivvater

☐ Pflegevater

☐ Stiefvater

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Staatsangehörigkeit

.....
Anschrift (falls abweichend)

.....
Telefon-/Mobilnummer

.....
Emailadresse

.....
Beruf

.....
Chronische Erkrankungen

Eltern leben: ☐ zusammen

☐ getrennt

Kind lebt bei: ☐ beiden Eltern

☐ Mutter

☐ Vater

☐ Sonstige:

Sorgerecht: ☐ Gemeinsames Sorgerecht

☐ Alleiniges Sorgerecht bei:

III. Angaben zu anderen vertretungsberechtigten Personen/Stellen

(falls zutreffend bitte ausfüllen)

☐ Vormund ☐ Wohngruppe ☐ Kinder-/Jugendnotdienst ☐ Sonstiges:

.....
Name, Vorname der/des Vertretungsberechtigten

.....
Anschrift

.....
Telefon-/Mobilnummer

.....
Emailadresse

.....
Seit wann

IV. Angaben zu Geschwistern, Halbgeschwistern (HG), Stiefgeschwistern (SG)

(führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an):

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Erkrankungen

1.

2.

3.

4.

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt?

V. Vorgeschichte

1. Geburt

a) Geburt in Schwangerschaftswoche:

b) Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt (beim Kind)

☐ nein ☐ ja, diese:

2. Entwicklung im Kleinkindalter

b) Auffälligkeiten in der bisherigen Entwicklung: ☐ nein ☐ ja, diese:

.....
.....

3. Schulische Entwicklung

a) Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

b) Schulart?

b) Gibt es schulische Probleme

5. Schwerwiegende Ereignisse

Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in

der Familie oder im familiären Umfeld? ☐ nein ☐ ja, folgende:

.....
.....

VI. Körperliche Gesundheit

1) Vorerkrankungen:

.....

.....

2) Wurde Ihr Kind schon im Krankenhaus behandelt/wurde ein OP durchgeführt? ☐ nein ☐ ja, folgende:

Krankenhaus Datum (Jahr) Grund der Behandlung

a.

b.

c.

3) Liegen Allergien vor? Welche:

VII. Therapien/ Vorbehandlungen

Logopädie: ☐ nein ☐ ja, weil:

Ergotherapie: ☐ nein ☐ ja, weil:

Physiotherapie: ☐ nein ☐ ja, weil:

Frühförderung: ☐ nein ☐ ja, weil:

Integrativkind: ☐ nein ☐ ja, weil:

Ambulante Psychotherapie: ☐ nein ☐ ja, weil:

Werden dauerhaft Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e)	Dosierung	Seit wann	Grund der Verschreibung

Mit untenstehender Unterschrift bestätige/n ich/wir, dass o.g. Angaben korrekt sind.

Bei gemeinsamer elterlicher Sorge: Hiermit versichere ich, dass ich die Einwilligung in die ambulante Behandlung unseres Kindes mit Einverständnis des nicht anwesenden anderen Elternteils erkläre und dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

Oberlungwitz,
Datum Unterschrift der Mutter / des Vaters

.....
Name in Druckbuchstaben

Wir danken Ihnen für Ihre Angaben und werden diese vertraulich behandeln.