



Anamnesebogen für Kinder- und Jugendliche



I. Angaben zum Kind/Jugendlichen

Name und Vorname des Kindes	
Geburtsdatum	Geschlecht
Anschrift	
Festnetznummer und Mobilnummer	Emailadresse

II. Vorstellungsgrund

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind vor?

Gibt es von ihrer Seite aus Probleme zu beobachten? - Seit wann bestehen die Probleme?

Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung zum Coaching?



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



1. MUTTER

leibliche Mutter Adoptivmutter Pflegemutter Stiefmutter

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon- und Mobilnummer

Emailadresse

Beruf

Vollzeit Teilzeit erwerbslos Hausfrau

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

2. VATER

leiblicher Vater Adoptivvater Pflegevater Stiefvater

Name, Vorname

Geburtsdatum

Staatsangehörigkeit

Anschrift (falls abweichend)

Telefon- und Mobilnummer

Emailadresse

Beruf

Vollzeit Teilzeit erwerbslos Hausmann

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

Eltern leben zusammen getrennt

Kind lebt bei beiden Eltern Mutter Vater Sonstiges: _____

Sorgerecht Gemeinsames Sorgerecht

Alleiniges Sorgerecht bei: _____

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

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

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Körperliche oder psychische Probleme

1. _____
2. _____
3. _____

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



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 das Coaching unseres Kindes mit Einverständnis des nicht anwesenden anderen Elternteils erkläre und dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Mutter / des Vater _____

_____ Name in Druckbuchstaben

V. Vorgeschichte



1. Geburt

- a) Alter der Mutter bei Geburt _____ Jahre
b) Geplante Schwangerschaft nein ja
c) Kinderwunschbehandlung nein ja
d) Schwangerschaftskomplikation nein ja, welche: _____
e) Haben Sie als Mutter/Vater die Schwangerschaft als belastend erlebt?
körperlich: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend
psychisch: gar nicht belastend 1 2 3 4 5 sehr belastend

Die nächsten Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft:

- f) Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Kopfumfang: _____
g) Geburt in Schwangerschaftswoche: _____
h) Apgar-Werte: _____ / _____ / _____
i) Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt nein ja
beim Kind: _____
bei der Mutter: _____
j) Geburtsmodus: Spontangeburt Zangengeburt Vakuumextraktion
 Geplanter Kaiserschnitt Not-Kaiserschnitt
k) Dauer der Geburt: _____

2. Entwicklung im Kleinkindalter

- a) Meilensteine der Entwicklung



- freies Sitzen mit _____ Monaten
Laufen mit _____ Monaten
Erste Worte mit _____ Monaten
Erste Sätze mit _____ Monaten
Tags trocken mit _____ Monaten
Nachts trocken mit _____ Monaten



- b) Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren (z.B. Unruhe, beim Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)
 nein ja, diese:

3. Spielverhalten

- a) Was spielt/unternimmt ihr Kind gerne?

- b) Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen? nein ja
c) Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen? nein ja
d) Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen? nein ja
e) Kann ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen? nein ja

4. Verhalten und Emotionen

Was beobachten Sie bei Ihrem Kind?

5. Vorschulische Entwicklung

- a) Besuch Krippe nein ja
- b) Besuch Kindergarten nein ja
- c) Besonderheiten:



-
-
- d) Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu anderen.
Welche Stärken, welche Probleme gab / gibt es?

6. Schulische Entwicklung

- a) Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

b) Schule / Schulart?

c) Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum?

d) Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

e) Gibt es schulische Probleme (soziales Miteinander/Lernstoff)?

f) Wie schätzen Sie die Lernaktivität Ihres Kindes ein?

g) Was sind die Lern-Stärken / Lern-Schwächen Ihres Kindes?

h) Hat Ihr Kind Anzeichen von Angst oder Panik, bei einer Prüfungssituation? - Wenn ja, welche?

i) Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss? Wenn ja, welchen?

7. Nennen Sie die Lieblingsbeschäftigung und Lieblingshobbies Ihres Kindes

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

8. Nennen Sie Fähigkeiten / Stärken / Begabungen Ihres Kindes

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____

9. Schwerwiegende Ereignisse

- a) Gab oder gibt es schwerwiegende Ereignisse (z.B. Todesfälle, schwere Erkrankungen, Arbeitsplatzverluste) in der Familie oder im familiären Umfeld? nein ja, folgende: _____

VII. Körperliche Gesundheit

1) Körpermaße: derzeitige Körpergröße Ihres Kindes (bitte messen): _____
derzeitiges Gewicht Ihres Kindes (bitte wiegen): _____

2) Vorerkrankungen: _____

3) Wurde Ihr Kind schon im Krankenhaus behandelt? nein ja

Krankenhaus	Alter	Grund der Behandlung
-------------	-------	----------------------

1. _____

2. _____

4) Liegen Allergien vor? Welche: _____

XIII. Therapien/ Vorbehandlungen

- Logopädie Physiotherapie Ergotherapie Arzt ambulante Psychotherapie
 teil-/stationärer Aufenthalt in psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtungen
 Erziehungsberatungsstellen
Bitte bringen Sie ggf. Vorbefunde zum Erstgespräch mit.



Derzeit in Behandlung bei: _____

Werden Medikamente eingenommen?

Name des/der Medikament(e): _____

Dosierung: _____

Ab wann: _____

Grund der Verschreibung: _____

IX. Sonstiges:

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, Schmerzen, akute oder chronische Erkrankungen, psychische Probleme)

Beim Klienten : _____

Innerhalb der Familie: _____

Vielen Dank fürs Ausfüllen!