



## 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!**