



# Anamnesebogen für Flüchtlingskinder

QEP-Dokument 1.2.1 (1) Dok3 – Stand: 4.12.2015

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

## Das Sorgerecht für o.g. Kind liegt bei

- Mutter: (Name, Wohnort, Telefon) \_\_\_\_\_
- Vater: (Name, Wohnort, Telefon) \_\_\_\_\_
- beiden o.g. Personen
- Vormundschaft: \_\_\_\_\_
- zuständiges Jugendamt: \_\_\_\_\_
- ggfs. zuständige Jugendhilfeeinrichtung: \_\_\_\_\_

Heimatland: \_\_\_\_\_

in Deutschland seit: \_\_\_\_\_

Religion: \_\_\_\_\_

Kind spricht folgende Sprachen (Muttersprache unterstreichen): \_\_\_\_\_

Mutter spricht folgende Sprachen (Muttersprache unterstreichen): \_\_\_\_\_

Vater spricht folgende Sprachen (Muttersprache unterstreichen): \_\_\_\_\_

Weitere Familienangehörige in Europa: \_\_\_\_\_

## Jetzige schulische Situation in Deutschland:

Das Kind besucht zurzeit:  Kindergarten  Förderschule  Grundschule  Mittelschule  
 Realschule  Gymnasium  Ausbildung: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_

## Frühere schulische Situation im Heimatland:

Das Kind besuchte zuletzt:  Kindergarten  Förderschule  Grundschule  Mittelschule  
 Realschule  Gymnasium  Ausbildung: \_\_\_\_\_

Klassenstufe: \_\_\_\_\_ ggfs.: Schulabschluss: \_\_\_\_\_

## Anliegen:

Bitte beschreiben Sie kurz und in wenigen Sätzen, was Sie in unsere Praxis geführt hat und welche Hilfe Sie sich zunächst wünschen:

---

---

---

**Familienanamnese:**

- 1. Gibt oder gab es psychiatrische oder neurologische Erkrankungen in den Familien väterlicher- oder mütterlicherseits (z.B. Depressionen, ADHS, Angsterkrankungen, Wahnerkrankungen, Alkoholprobleme, Legasthenie, Zwänge, Epilepsie, Migräne etc.)?**

nein  wenn ja, welche und wen betreffend?

väterlicherseits: \_\_\_\_\_

mütterlicherseits: \_\_\_\_\_

- 2. Schulabschluss des Vaters:** \_\_\_\_\_

Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

**Schulabschluss der Mutter:** \_\_\_\_\_

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_

- 3. Hat das Kind Geschwister (oder Halbgeschwister)?**

nein  wenn ja, bitte angeben: Name, Geschlecht (m/w), Alter, Schulart, Erkrankungen

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

- 4. Derzeitige Wohnsituation des Kindes:**

Lebt das Kind in einer Familie mit leiblichen Eltern?  ja  nein

Lebt das Kind in einer Einrichtung der Jugendhilfe?  ja  nein

- 5. Wer sind derzeit wichtige Bezugspersonen?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Eigenanamnese:**

- 6. Gab es im Schwangerschaftsverlauf Komplikationen?**

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 7. Gab es während der Schwangerschaft schädigende Einflüsse (z.B. Rauchen, Alkohol)?**

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 8. Zur Geburt:**

Alter der Mutter bei Entbindung: \_\_\_\_\_ Jahre

Geburtsstermin:  normal falls abweichend: Geburt in der \_\_\_\_\_ SSW

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ g Körperlänge bei Geburt: \_\_\_\_\_ cm

Geburtsverlauf:  ungestört  verlängert  Sturzgeburt

Kaiserschnitt  Nabelschnurumschlingung

Zange  Vakuum/Saugglocke  Sauerstoffmangel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

- 9. Gab es in der Säuglingszeit Probleme (z.B. viel geschrien, Behandlung in Klinik, Brutkasten)?**

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- 10. Gab es beim Kind irgendwann einmal einen Klinikaufenthalt, z.B. wegen eines Unfalls, einer Operation, einer schweren Erkrankung?**

nein  wenn ja, wann, wie lange und warum? \_\_\_\_\_

- 11. Gab / gibt es schwere oder chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma)?**

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**12. Medikamente**

Nimmt das Kind derzeit regelmäßig Medikamente ein?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**13. Entwicklungsdaten:**

- Grobmotorik:  normal  auffällig: \_\_\_\_\_  
Laufalter: \_\_\_\_\_ Monate
- Feinmotorik:  normal  auffällig: \_\_\_\_\_
- Sprache:  normal  auffällig: \_\_\_\_\_  
erste Worte: \_\_\_\_\_ Monate
- Sauberkeit: Ist Ihr Kind nachts und tagsüber trocken und sauber?  
 ja, seit einem Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  
 wenn nein, welche Probleme gibt es und in welcher Häufigkeit? \_\_\_\_\_

**14. Leidet das Kind unter Allergien?**

nein  wenn ja, unter welchen? \_\_\_\_\_

**15. Vegetativum**

Gibt es Besonderheiten beim Appetit?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten beim Schlaf?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten beim Antrieb?

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es körperliche Beschwerden?

Bauchschmerzen  Übelkeit  Kopfschmerzen  Rückenschmerzen

sonstiges \_\_\_\_\_

**16. Fallen besondere Verhaltensweisen auf?**

nein  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**17. Soziale Interaktion: Wie verhält sich das Kind gegenüber anderen?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**18. Bitte skizzieren Sie wichtige Stationen der Flucht:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_