



G E M E I N S C H A F T S P R A X I S

DR. MED. MARTIN KLEIN
Arzt für Neurologie
- Schmerztherapie -

DR. MED. KLAUS-ULRICH OEHLER
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Psychotherapie

PETRA KREIENKAMP
Ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wirsbergstr. 10 | 97070 Würzburg | TELEFON 0931-32 29 66 | TELEFAX 0931-32 29 68 8

Anamnesebogen

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
- Jugendamt
- Besondere Regelungen gelten für Teile des Sorgerechts wie Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge, etc.

Krankenkasse des Patienten: _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass eine Kontaktaufnahme durch die Praxis Dr. med. M. Klein / Dr. med. K.-U. Oehler und Petra Kreienkamp erfolgt, bzw. ärztliche Befundberichte weitergeleitet werden an:

Name des Hausarztes, Kinderarztes, usw.

Hiermit versichere ich, dass die oben genannten Angaben vollständig und richtig sind:

Datum: _____ Unterschrift: _____
Patient / gesetzlicher Vertreter bei Pat. unter 18 Jahren

Betreffend getrennt lebende Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Ich bestätige hiermit, dass der getrennt lebende Elternteil, mit dem ich mir das Sorgerecht für unser Kind teile, über die Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der Praxis Oehler, Klein, Kreienkamp informiert und hiermit einverstanden ist.

Datum: _____ Unterschrift: _____

besucht zurzeit: Grundschule Förderschule Hauptschule
 Kindergarten Realschule Gymnasium Ausbildung

Klassenstufe: _____

Leistungsstand: Deutsch: _____, Mathe: _____, HSU/HSK: _____, Englisch: _____, andere: _____

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. Gab es seit der Geburt des Kindes Ereignisse, die das Kind schwer belastet haben (z.B. Trennungen, Todesfälle, Umzüge, Erkrankungen)?

nein wenn ja, welche? _____

2. 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: _____

3. Schulabschluss des Vaters: _____

Beruf des Vaters: _____

z. Zt. berufstätig?: nein Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

Schulabschluss der Mutter: _____

Beruf der Mutter: _____

z. Zt. berufstätig?: nein Teilzeit Vollzeit Schichtdienst

4. Hat das Kind Geschwister (oder Halbgeschwister)?

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

1. _____

2. _____

3. _____

5. Derzeitige Wohnsituation des Kindes:

Lebt es in einer Familie mit leiblichen Eltern?

ja wenn nein, besteht noch Kontakt zu den leiblichen Eltern: ja nein

lebt nach Scheidung/ Trennung nur bei einem Elternteil (Mutter, Vater)

Trennung wann: _____ Scheidung wann: _____

lebt in einer Pflegefamilie/ im Heim seit: _____

Name der Pflegefamilie/des Heims: _____

lebt in einer Adoptivfamilie seit: _____

Kind weiß von der Adoption: ja nein

Gibt es Jugendamtskontakte? Wenn ja, Ansprechpartner: _____

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 Sauerstoffmangel

Sonstiges: _____

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

nein wenn ja, welche? _____

10. Gab es bei Ihrem 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? _____

ggf. Medikamente: _____

12. Entwicklungsdaten:

Grobmotorik: normal auffällig: _____
 Lauffalter: _____ Monate
 Feinmotorik: normal auffällig: _____
 Sprache: normal auffällig: _____
 erste Worte: _____ Monate

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?

13. Leidet Ihr Kind unter Allergien?

nein wenn ja, unter welchen? _____

14. Besonderheiten im Kindergarten:

keine länger anhaltende Trennungsangst motorische Unruhe
 Förderkindergarten/SVE Aggressivität gegenüber anderen Kindern
 sonstiges: _____

15. War die Einschulung normal?

ja nein, weil: _____

Falls zurückgestellt, warum: _____

16. Bisheriger Schulverlauf:

Besuch der Grundschule Besuch einer Förderschule von _____ bis _____
 ab 10 Jahren: nach der Grundschule Wechsel auf Hauptschule Realschule
 Gymnasium

Klassenwiederholungen: _____

17. Ist ihr Kind bereits einmal getestet worden?

nein wenn ja, wo u. mit welchem Ergebnis? _____

18. Kreuzen Sie bitte an, wenn Ihr Kind bereits wie folgt behandelt/ gefördert wird/ wurde:

Brille Ergotherapie Logopädie Frühförderung
 Erziehungsberatung Psychotherapie/Psychiatrie
 medikamentöse Behandlung mit: _____ Dosierung: _____
 Homöopathie Krankengymnastik
 Förderkurs für Deutsch/Mathe in der Schule Nachhilfe in: _____
 falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum der jeweiligen Behandlung an: _____

19. Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme?

nein wenn ja, wie machen sich diese bemerkbar (z.B. Hausaufgaben, Schule)?

20. Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv?

nein wenn ja, wie macht sich das bemerkbar (z.B. Hausaufgaben, Schule)?

21. Ist Ihr Kind häufig ängstlich?

nein wenn ja, wovor oder in welchen Situationen zeigt sich dies?

22. Kommt Ihr Kind sozial gut zurecht?

ja wenn nein, welche Probleme gibt es genau (z.B. aggressiv, Außenseiter, unsicher, wenig Freunde, Diebstähle, Lügen o.ä.)? _____

23. Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen und unglücklich, weint es oft?

- nein wenn ja, kennen/vermuten Sie die Gründe: _____

24. Zeigt Ihr Kind bisweilen Verhaltensweisen, die Ihnen „zwanghaft“ vorkommen (z.B. bestimmte Dinge müssen ihren genauen Platz haben, häufiges Händewaschen, Kontrolle von Schaltern o.ä.)?

- nein wenn ja, welche Verhaltensweisen finden Sie auffällig? _____

25. Haben Sie an Ihrem Kind Bewegungen oder Laute beobachtet, die wie ein „Tic“ wirken und die das Kind nicht zu kontrollieren vermag (z.B. „Zucken“ im Gesicht, Kopfbewegungen, Schnüffeln oder Räuspern o.ä.)?

- nein wenn ja, welche Bewegungen oder Laute treten auf? _____

26. Gibt es Besonderheiten im Spielverhalten (z.B. außergewöhnliche Interessen)?

- nein wenn ja, welche? _____

27. Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung (z.B. frühe körperliche Reife)?

- nein wenn ja, welche? _____

28. Klagt Ihr Kind häufig über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit etc.?

- nein wenn ja, worüber genau klagt Ihr Kind? _____

29. Hat Ihr Kind spezielle Schulleistungsschwierigkeiten (beim Rechtschreiben, Lesen oder Rechnen)?

- nein wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme hauptsächlich? _____

30. Hat Ihr Kind Probleme bzgl. des Schlafens (z.B. Ein-/ Durchschlafschwierigkeiten) oder des Essens (z.B. gesteigerter/ verminderter Appetit)? _____

31. Wie groß ist der Medienkonsum Ihres Kindes (in durchschnittlicher Stundenzahl pro Tag)?

- Fernsehen: _____ Std./Tag Internet: _____ Std./Tag
 PC-Spiele: _____ Std./Tag Spielkonsolen (z.B. Nintendo DS, Playstation): _____ Std./Tag

32. Ist Ihnen bekannt oder gibt es Hinweise, dass Ihr Kind Suchtmittel wie Zigaretten oder Alkohol konsumiert bzw. sonstige Drogen nimmt?

- nein wenn ja, welche Suchtmittel und wie oft? _____

33. Hier können Sie sonstige Dinge notieren oder ergänzen, die Ihnen bzgl. Ihres Kindes oder Ihrer Familie wichtig erscheinen:

Erklärung über Ausfallhonorar

Hiermit verpflichte ich mich, Termine in der Gemeinschaftspraxis Dres. med. Oehler/ Klein und Kreienkamp, die ich nicht wahrnehmen kann, spätestens 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin telefonisch oder schriftlich abzusagen.

Für den Fall, nicht rechtzeitig abgesagt zu haben, verpflichte ich mich, für jeden nicht eingehaltenen Termin ein Ausfallhonorar in Höhe von 70,00 € zu bezahlen.

Dieses Ausfallhonorar fällt nicht an, wenn der Termin nachweislich unverschuldet und rechtzeitig abgesagt wurde.

_____, den _____

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift Pat./ Erziehungsberechtigter)