

## Anamnesebogen Allgemein

Liebe Eltern,

wir bitten Sie sich etwas Zeit zu nehmen, um den Anamnesebogen auszufüllen. Sie dürfen gerne stichwortartig antworten. Der Einfachheit halber wurden die Fragen bis zum Schulalter in der Vergangenheit geschrieben. Sie dürfen die Fragestellungen gerne anpassen, sollte Ihr Kind jünger und die Fragen aktuell sein.

Alle abgefragten Informationen können wichtige Inhalte für die psychotherapeutische Behandlung bedeuten. Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt.

Name des Kindes/ Jugendlichen: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Vorgeburtliches:

In welcher Situation befanden Sie sich, als Sie von der Schwangerschaft erfuhren? (Wunschkind, finanzielle Situation, emotionale Situation, Beziehungskonstellationen innerhalb der Familie, sonstiges Erwähnenswertes)

In welche Umgebung wurde Ihr Kind hineingeboren? (Stadt, Land, Mehrgenerationenhaus, Wohnumfeld, ...)

Beruf/ Ausbildung/ Arbeitszeit beider Eltern vor der Geburt/ nach der Geburt/ heute:

Beschreiben Sie in kurzen Stichworten die Beziehungen zu Ihrer eigenen Herkunftsfamilie?

Lebt Ihre Herkunftsfamilie in der Nähe? Wurden/ Werden Sie unterstützt?

### Schwangerschaft und Geburt:

Gab es psychische Belastungen während der Schwangerschaft?

Gab es somatische Erkrankungen in der Schwangerschaft? (Infektionen, Unfälle, Stoffwechselerkrankungen, sonstige Beschwerden)

Welche Fantasien hatten Sie zu Ihrem ungeborenen Kind? Wie haben Sie sich die künftige gemeinsame Zeit vorgestellt? Wie haben Sie sich ihr Kind vorgestellt? Wie haben Sie sich die Elternbeziehung vorgestellt? Erfüllt(e) ihr Kind diese Fantasien?

Welche Auswirkungen hatte die Schwangerschaft und spätere Geburt auf Ihre Paarbeziehung?

Alter der Mutter bei Geburt:

Alter des Vaters bei Geburt:

Gab es während der Geburt Komplikationen? (Feststecken im Geburtskanal, Veränderungen in der Herztonfrequenz, Infektionskrankheiten, ...)

War der Vater während der Geburt anwesend?

Größe:

Gewicht:

APGAR- Werte:

### Die ersten 3 Lebensjahre:

Wo schlief ihr Kind? Wenn im Bett der Eltern, wie erlebten Sie dies beide?

Konnte ihr Kind gestillt werden? Wenn „Nein“, welche Gründe lagen vor?

Wie lange wurde ihr Kind gestillt?

Was empfanden Sie als Mutter beim Stillen? War es angenehm? Lästig? Anstrengend? Erleichternd? Hatten Sie Zeit und Ruhe hierfür oder gab es Hektik und Stress im Alltag? Hatten Sie hohe Ansprüche an sich und setzten sich unter Druck? Gab es Schuldgefühle?

Gab es feste Fütterungszeiten, die eingehalten wurden oder wurde Ihr Kind nach Bedarf gestillt? Gab es Sorgen wegen der Trinkmenge? Wie reagierten ggf. Geschwister auf das Stillen?

### Geschwisterkonstellation

Wie viele Kinder haben Sie sich gewünscht?

Gibt es Geschwister? Wenn „Ja“, welche Reihenfolge gibt es (unter Angabe des Alters und Geschlechts)?

Nahmen Geschwister an der Versorgung des/ der Patient\*in teil? Welche Aufgaben übernahmen sie?

## Entwicklungsmeilensteine

### **Stato-motorische Entwicklung:**

Gekrabbelt mit: \_\_\_\_\_ Monaten oder übersprungen?

Freies Stehen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

### **Sprachliche Entwicklung:**

Erste verstehbare Worte (z. B. Mama, Papa) mit \_\_\_\_\_ Monaten

Erste Mehrfachwortsätze (z. B. Mama Hunger, Papa Auto) mit \_\_\_\_\_ Monaten

### **Sauberkeitsentwicklung und -erziehung:**

Wie und wann wurde Ihr Kind sauber und, welche Methoden wurden angewandt? Wurde Druck ausgeübt (Bsp.: Auf das Kind, von Dritten auf Sie, ...)? Wann war das Kind tags und nachts trocken und sauber?

Gab es eine Trotzphase Ihres Kindes? Wie sah diese aus? Wie begegneten Sie den Trotzreaktionen?

Wie hat sich ihr Kind verhalten, wenn es Angst hatte oder traurig war? (Rückzug, Erstarren, Schutz und Hilfe suchend, ...)

### **Sozialer Kontakt bis zum Kindergartenbesuch:**

Wie sah die Betreuung Ihres Kindes in den ersten Lebensjahren aus? Hatten Sie familiäre Unterstützung? Welche waren die Hauptbezugs- und Bindungspersonen? Inwieweit konnten beide Elternteile sich einbringen (Bsp.: Elternzeit- Aufteilung)?

Wurde eine Krabbel- oder Spielgruppe/ Babykrippe besucht? Bitte mit Altersangabe, Anzahl der Besuchstage in der Woche, sowie Länge der Besuche:

Wie nahmen Sie Ihr Kind in der Gruppe wahr? Reagierte es ängstlich? Neugierig? Aufgeschlossen? Anhänglich? Gestresst?

Wie reagierte Ihr Kind, wenn die Bindungspersonen sich räumlich entfernten? Klammern? Weinen? Keine Reaktion?

Wie schnell konnte sich ihr Kind im Anschluss wieder beruhigen, wenn die Bindungsperson zurückkam? Ließ es sich trösten? War es weiterhin wütend?

Hatte Ihr Kind ein Kuscheltier, eine Schmusedecke oder ähnliches, welche/ welches als Übergangsobjekt diente?

Wie sehr leben Sie körperlichen Kontakt in der Familie? Wer ist verschmust? Wer mag keinen Körperkontakt? Wie war es in den ersten drei Lebensjahren des Kindes? Welche Rituale gibt es in Ihrer Familie?

Wie wurde auf Schreien des Kindes reagiert?

Wie würden Sie ihren Erziehungsstil in der „Vorkindergartenzeit“ beschreiben? Wie sicher haben Sie sich mit ihrem Erziehungsstil gefühlt? Waren sich beide Elternteile einig oder uneinig? In welchen Bereichen gab es Differenzen?

Gab es noch andere Bezugspersonen und lag eventuell eine Konkurrenz zwischen beteiligten Bezugspersonen vor (z. B. Mutter - Schwiegermutter)?

Gab es Erkrankungen und Klinikaufenthalte, Umzug, Kulturwechsel, Todesfälle usw. Auffälligkeiten in der motorischen oder sprachlichen Entwicklung, Traumen usw.?

### Kindergartenalter (3 bis 6/7 Jahre):

In welchem Alter kam das Kind in den Kindergarten?

Wie schwer fiel es Ihnen ihr Kind loszulassen? Wie war Ihr persönliches Gefühl zum Kindergarten?

Wie gestaltete sich das Hinbringen und Verabschieden (Tränen, Klammern oder Freude und schnelles Weggehen von der Bezugsperson)?

War ihr Kind in der Gruppe integriert? Welche Rückmeldungen gab es von den Erzieher\*innen?

Wie kam ihr Kind mit Konflikten zurecht? Konnte es diese allein lösen oder brauchte es die Unterstützung der Erzieherinnen?

Traute es sich im Stuhlkreis etwas zu sagen?

Konnte es einfache Regeln befolgen?

Zeigte es sich dominant?

Waren regressive Verhaltensweisen wie Einnässen, Einkoten zu beobachten?

Waren Verhaltensauffälligkeiten wie Weglaufen, Lügen, Stehlen usw. zu beobachten?

Gab es Entwicklungsauffälligkeiten im sprachlichen und motorischen Bereich?

Gab es sonstige Auffälligkeiten oder traumatische Erfahrungen im Kindergartenalter?  
(Gewalterfahrungen (von wem?), sexueller Übergriff, Kriegserlebnisse)

Gab es im Kindergartenalter wesentliche Erkrankungen? (eventuell Krankenhausaufenthalte, Kuren  
oder Reha-Maßnahmen?),

Umzüge im In- oder Ausland?

Gab es Todesfälle von Bezugspersonen, die für das Kind wichtig waren?

### Einschulung und Schulverlauf

Einschulung des Kindes erfolgte mit \_\_\_\_\_ Jahren?

Welche Schulart? (Förder-Schule, Grundschule, Grundschulförderklasse, usw.)

Wie war die Einschulung? Wer war dabei?

Wie war der weitere Schulverlauf? (Hauptschule, Realschule, Gymnasium, Fachoberschule, Berufsoberschule, Lehre, Studium?)

Gab es Lehrkräfte, die gemocht bzw. gemieden wurden?

Zeigt Ihr Kind Verhaltensauffälligkeiten im Schul-bzw. Leistungsbereich, Lehre? Bitte kurze Beschreibung.

Wie ist die Schulmotivation (hoch, mittel, gering)?

Wie schätzen Sie die schulischen Leistungen des Kindes ein?

Hat das Kind Kontakt zu anderen Gleichaltrigen, auch nach der Schule?

Kann sich ihr Kind wehren oder ordnet es sich unter?

Gibt es Erinnerungen an belastende Situationen in der Schulzeit?

Gibt es Erinnerungen auch an schöne Situationen in der Schulzeit?

## Die Pubertät aus Sicht der Eltern:

Kontakt zu Gleichaltrigen?

Raucht oder trinkt die/der Jugendliche?

Erfahrungen mit Drogen?

Auffällige Verhaltensweisen (Lügen, Stehlen, Streunen, Gewalt usw.)?

Was ist für Sie als Mutter oder Vater, auf die Zukunft ihres Kindes bezogen, wichtig?

## Ziele und Erwartungen, die Sie an die Therapie haben?

Sollte ihr Kind bereits getestet worden sein oder Klinikbefunde vorliegen, so diese bitte mitbringen.

Der Fragebogen, sollte nach Möglichkeit von beiden Eltern ausgefüllt werden,

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift/en