

**ANAMNESE**

**Sehr geehrte Eltern und Erzieher,**

In diesem Fragebogen geht es um die Entwicklung des Kindes bis zum jetzigen Zeitpunkt. Dadurch erhält der Fragebogen einen recht großen Umfang.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Sie helfen mir damit, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen eher verstehen und einordnen zu können, um weitergehend mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Außerdem hilft der Fragebogen Zeit einzusparen und fast Vergessenes nochmal genauer anzuschauen. Wir werden auf jeden Fall noch ausreichend Zeit für ein weiterführendes, vertiefendes persönliches Gespräch zur Verfügung haben.

Bei den meisten der folgenden Fragen brauchen Sie das Zutreffende nur anzukreuzen. Bei den anderen Fragen schreiben Sie Ihre Antwort bitte auf die dafür vorgesehene Linie, oder aber Sie beantworten die Fragen direkt mit Zahlenangaben (z. B. Jahreszahlen). Bitte kennzeichnen Sie diejenigen Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind zusätzlich mit einem Fragezeichen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Name des

Kindes: \_\_\_\_\_

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

Schildern Sie bitte zunächst die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

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

Geben Sie bitte eine kurze Beschreibung Ihres Kindes an:

Was gefällt Ihnen an ihm besonders?

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

Wo sehen Sie Schwierigkeiten oder Veränderungswünsche?

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

## Schwangerschaft

### 01 Wie alt war die Mutter zum Zeitpunkt der Entbindung?

Jahre

### 02 Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?

- 01  nein
- 02  Erbrechen
- 03  Blutungen
- 04  Röteln oder andere schwere fieberhafte Erkrankungen
- 05  Toxoplasmose
- 06  Zuckerkrankheit (Diabetes)
- 07  erhöhter Blutdruck
- 08  Nierenerkrankung (vermehrte Eiweißausscheidung im Urin)
- 09  Krampfanfälle oder Ohnmachten
- 88  andere: \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

### 03 Fielen in die Schwangerschaft weitere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, medizinische Behandlungen oder auch seelische Belastungen? Traten in der Schwangerschaft Komplikationen auf?

- 01  nein
- 02  ja, welche: \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

### 04 Haben Sie während der Schwangerschaft:

- 01  nichts dergleichen
- 02  Zigaretten geraucht? ; wie viele pro Tag: \_\_\_\_\_
- 03  häufiger Alkohol getrunken?
- 04  Medikamente zu sich genommen?
- 05  Drogen zu sich genommen?; welche \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

### 05 Welche Einstellung hatten Sie zum Geschlecht des Kindes? Wollten sie unbedingt: ...

- 01  einen Jungen
- 02  ein Mädchen
- 03  das Geschlecht war Ihnen eher gleichgültig
- 04  keine Angaben möglich

### 06 War es ein Wunschkind?

- 01  ja
- 02  nein
- 99  keine Angaben möglich

## Geburt

### 07 Welches Geburtsgewicht hatte das Kind?

- g
- 01  normal
  - 02  unter 2.500 g
  - 03  unter 1.500 g
  - 04  über 4.200 g
  - 99  keine Angaben möglich

### 08 In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?

- . SSW
- Handelte es sich um eine
- 01  normale Geburt?
  - 02  Frühgeburt? (vor 38. SSW)
  - 03  Übertragung? (nach 42. SSW)
  - 99  keine Angaben möglich

### 09 Traten bei der Geburt Komplikationen auf?

- 01  nein
- 02  Künstliche Einleitung der Geburt
- 03  Sauerstoffmangel
- 04  Zangengeburt
- 05  Saugglocke
- 06  Kaiserschnitt
- 07  Steißgeburt
- 08  Verschlechterung der kindlichen Herzöne
- 09  Nabelschnurumschlingung
- 88  andere: .....
- 99  keine Angaben möglich

**10 Traten unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?**

- 01  nein
- 02  die Atmung des Kindes (1. Schrei) setzte nicht sofort ein
- 03  bei dem Kind wurde eine Sauerstoffbeatmung durchgeführt
- 04  nach der Geburt wurde ein Blutaustausch vorgenommen
- 05  das Kind musste in den Brutkasten gelegt werden
- 06  in den ersten Wochen nach der Geburt wurde eine auffällige Gelbfärbung des Kindes beobachtet
- 07  die Nachgeburt (Mutterkuchen) war nicht in Ordnung
- 08  es lag eine Zwilling- oder Mehrlingsgeburt vor
- 88  andere; welche: \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

<b>11 Welche Ernährungsweise bevorzugten Sie für das Kind?</b>	<b>12 Gab es Probleme bei der gewünschten Ernährungsform?</b>
----------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

- |                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> Stillen; wie lange: _____</li> <li>02 <input type="radio"/> Flaschenernährung</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> nein</li> <li>02 <input type="radio"/> ja; welche: _____</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Kindliche Entwicklung**

**13 Traten Komplikationen im 1. Lebensjahr des Kindes auf?**

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> nein</li> <li>02 <input type="radio"/> Ernährungsstörungen</li> <li>03 <input type="radio"/> Neugeborenen- oder Säuglingskrämpfe</li> <li>04 <input type="radio"/> Fieberkrämpfe</li> <li>05 <input type="radio"/> Schlafstörungen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>06 <input type="radio"/> exzessives Schreien (mehr als 4 Stunden in 24 Stunden)</li> <li>88 <input type="radio"/> andere, welche: .....</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

<b>14 Das Kind konnte allein gehen:</b>	<b>15 Das Kind sprach: (4 Wörter, außer "Mama, Papa")</b>
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------

- |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> vor dem 16. Monat</li> <li>02 <input type="radio"/> nach dem 16. Monat</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> vor dem 18. Monat</li> <li>02 <input type="radio"/> nach dem 18. Monat</li> <li>03 <input type="radio"/> nach dem 36. Monat</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Laufalter in Monaten

<b>16 Traten Störungen der Sprachentwicklung auf?</b>	<b>17 Wann hat das Kind tags- und nachtsüber nicht mehr eingenässt und eingekotet?</b>
-------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------

- |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> nein</li> <li>02 <input type="radio"/> ja; welche: _____</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>01 <input type="radio"/> normal</li> <li>02 <input type="radio"/> verzögert (mit 4 J. Tag und Nacht noch nicht sauber)</li> <li>88 <input type="radio"/> entfällt</li> <li>99 <input type="radio"/> keine Angaben möglich</li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**18 Traten in der frühen Kindheit bis einschließlich 3. Lebensjahr schwere Krankheiten auf? (mit Krankenhausaufenthalt)**

- 01  nein
- 02  im 1. Lebensjahr      ↗ welche: \_\_\_\_\_
- 03  im 2.-3. Lebensjahr      ↗ welche: \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

**19 Traten ab dem 4. Lebensjahr andere schwere Krankheiten auf?**

- 01  nein
- 02  ja; welche: \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- 99  keine Angaben möglich

**20 Welche Kinderkrankheiten traten auf? (bitte unterstreichen)**

Masern      Mumps      Windpocken      Röteln      Keuchhusten      Scharlach      Diphtherie      keine

**Traten Komplikationen auf?**      01  nein      02  ja; bei welcher: \_\_\_\_\_

**21 Welche Impfungen wurden vorgenommen? (bitte unterstreichen)**

**Masern**      **Mumps**      **Tetanus**      **Röteln**      **Tuberkulose**      **Diphtherie**      **keine**

**Traten Komplikationen auf?**      01    O    nein      02    O    ja; bei welcher: \_\_\_\_\_

**22 Traten chronische Krankheiten auf?**

01    O    nein

02    O    ja, welche: \_\_\_\_\_

99    O    keine Angaben möglich

**23 Hat das Kind Schädelunfälle erlitten?**

01    O    nein

02    O    ja, mit \_\_\_\_\_ Jahren

21    O    dabei hat das Kind erbrochen

22    O    dabei war das Kind bewusstlos

23    O    dabei blutete es aus Ohr oder Mund

24    O    danach traten Lähmungen auf

99    O    keine Angaben möglich

**24 Wie verlief die Kinderpflege und -erziehung in den ersten drei bis vier Lebensjahren?**

01    O    die Pflege hat nur Freude gemacht, es war eine glückliche Zeit

02    O    die Pflege war fast problemfrei, mit den üblichen Schwierigkeiten verbunden

03    O    die Pflege hat viele Sorgen bereitet; es war eine schwierige Zeit

99    O    keine Angaben möglich

**25 Wurden bei dem Kind bis zur Einschulung Temperaments- und Verhaltensauffälligkeiten beobachtet?**

	In welchem Alter ? (z. B. 3-5 Jahre)
01    O    nein	
02    O    motorisch unruhig, immer in Bewegung	
03    O    verletzte sich viel	
04    O    Kopfwerten, Wiegen mit dem Körper (vor allen Dingen vor dem Einschlafen)	
05    O    ungeschickt mit den Händen und Armen	
06    O    sehr ruhig, bewegungsarm	
07    O    Linkshänder	
08    O    Einschlafstörungen	
09    O    Durchschlafstörungen, nachts viel geschrien	
10    O    Angstträume, Schlafwandeln	
11    O    Ernährungsstörungen	
12    O    Nägelkauen	
13    O    Daumenlutschen	
14    O    Haarausreißen	
15    O    Trotzanfälle	
16    O    gehemmt, unsicher, ängstlich	
17    O    unselbständig, suchte viel die Nähe der Mutter	
18    O    suchte viel Körperkontakt, "Klammeräffchen"	
19    O    wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig	
20    O    ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden	
21    O    eifersüchtig	
22    O    häufig kränkelnd	
23    O    wenig spielfreudig, musste immer angeleitet werden	
88    O    andere Auffälligkeiten: welche	
99    O    keine Angaben möglich	

**26 Waren die Eltern des Kindes nach der Geburt berufstätig?****Mutter**

- 01  nein  
 02  ja, ganztags  
 03  ja, halbtags oder stundenweise  
 99  keine Angaben möglich

**Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?:****Vater**

- 01  nein  
 02  ja, ganztags  
 03  ja, halbtags oder stundenweise  
 99  keine Angaben möglich

**Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?:****27 Waren die Eltern länger als 1 Monat vom Kind getrennt?****Mutter**

- 01  nein  
 02  ja, in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 99  keine Angaben möglich

**Vater**

- 01  nein  
 02  ja, in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 99  keine Angaben möglich

**28 Ist das Kind bereits in die Pubertät eingetreten?**

- 01  ja: 1. Periode/ 1. Samenerguss → mit \_\_\_ Jahren.  
 02  noch nicht  
 99  keine Angaben möglich

**29 Wie verlief die Sexualentwicklung des Kindes?**

- 01  unauffällig  
 02  abnorme sexuelle Betätigung  
 03  abnorme sexuelle Interessen  
 88  andere Auffälligkeiten \_\_\_\_\_  
 99  keine Angaben möglich

**30 Hat das Kind bisher Therapien in Anspruch genommen?**

- 01  Entwicklungsfrühförderung  in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 02  Logopädie  in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 03  Ergotherapie  in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 04  Physiotherapie  in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 05  Psychotherapie  in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
 04  Lerntherapie  in welchem Alter? \_\_\_\_\_

**Kindergarten / Schule****31 Besuchte das Kind die Kinderkrippe?**

- 01  ja; ab welchem Alter: \_\_\_\_\_  
 02  nein; warum: \_\_\_\_\_  
 03  besuchte die Krippe nur kurze Zeit; warum: \_\_\_\_\_  
 99  keine Angaben möglich

**32 Besuchte das Kind den Kindergarten?**

- 01  ja; ab welchem Alter: \_\_\_\_\_  
 02  nein; warum: \_\_\_\_\_  
 03  besuchte den Kindergarten nur kurze Zeit; warum: \_\_\_\_\_  
 99  keine Angaben möglich

**33 Ging das Kind regelmäßig in den Kindergarten?**

- 01  ja  
 02  nein  
 88  entfällt  
 99  keine Angaben möglich

**34 Ging das Kind gerne in den Kindergarten?**

- 01  ja  
 02  nein; warum: \_\_\_\_\_  
 88  entfällt  
 99  keine Angaben möglich

**35 Traten während der Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf? (max. 3 Nennungen)**

- 01  keine  
 02  Eingewöhnungsschwierigkeiten  
 03  Trennungsangst  
 04  Kontaktstörung (gehemmt ängstlich)  
 06  hypermotorisches Verhalten  
 07  aggressives/destruktives Verhalten  
 08  andere; welche: \_\_\_\_\_  
 99  keine Angaben möglich

05 O Spielstörung

36 Wann erfolgte die Einschulung des Kindes?			37 Wie verlief der Schulbesuch des Kindes?		
01	O	zeitgerecht	01	O	regelmäßig
02	O	vorzeitig	02	O	eine Klassenstufe übersprungen
03	O	zurückgestellt	03	O	einmal wiederholt
04	O	noch nicht schulpflichtig	04	O	mehrmals wiederholt
88	O	entfällt	05	O	umgeschult
99	O	keine Angaben möglich	06	O	abgebrochen
			99	O	keine Angaben möglich

**38 Das Kind befindet sich jetzt in der** \_\_\_\_\_ **Klasse**

**Welche Klasse(n) wurde(n) wiederholt?** \_\_\_\_\_

39 Traten Schulschwierigkeiten auf? (max. 3 Nennungen)					
01	O	keine	06	O	Konzentrationsstörungen
02	O	Konflikte mit den Lehrern	07	O	Konflikte mit Mitschülern
03	O	aggressiv-störendes Verhalten	99	O	keine Angaben möglich
04	O	Leistungsstörungen	88	O	sonstige, welche: _____
05	O	Kontaktstörungen			

40 Traten berufliche Schwierigkeiten auf?					
01	O	keine	04	O	(noch) nicht berufstätig
02	O	Abbruch der Ausbildung	88	O	sonstige; welche: _____
03	O	Arbeitsplatzwechsel	99	O	keine Angaben möglich

## Freizeitverhalten

41 Das Kind ist überwiegend					
01	O	mit sich allein	04	O	mit älteren Kindern zusammen
02	O	mit gleichaltrigen Kindern zusammen			
03	O	mit jüngeren Kindern zusammen	99	O	keine Angaben möglich

42 Das Kind spielt am liebsten					
01	O	innerhalb der Wohnung	02	O	außerhalb der Wohnung
		möglich	99	O	keine Angaben möglich

43 Welche Angaben zum Spielverhalten treffen zu? (mehrere Antworten möglich)					
01	O	nichts dergleichen	08	O	es zerstört oft mutwillig Spielzeug
02	O	es spielt überhaupt zu selten	09	O	es spielt nur sehr selten alleine
03	O	es räumt seine Spielsachen zu wenig auf	10	O	es muss immer zum Spiel angehalten werden
04	O	es ist noch sehr verspielt	11	O	es bleibt nur kurze Zeit bei der Sache
05	O	es entwickelt wenig Phantasie beim Spiel	12	O	es hält sich nicht an die Regeln
06	O	es hat wenig Ausdauer	13	O	es kann nicht verlieren
07	O	es ist oft ungeschickt, "linkisch"	88	O	sonstige, welche: _____
			99	O	keine Angaben möglich

## Familie

44 Gibt es Rivalitäten oder bestimmte Spannungen zwischen den Geschwistern?					
01	O	nein			
02	O	ja			
88	O	entfällt			
99	O	keine Angaben möglich			

45 Traten Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen bei Geschwistern des Kindes auf?					
01	O	nein			
02	O	ja; welche: _____			
88	O	entfällt			
99	O	keine Angaben möglich			

**46 Liegen beengte Wohnverhältnisse vor? (mehr als 1,5 Personen pro Raum, einschließlich aller Wohnräume mit Küche)**

- 01  ja
- 02  nein
- 99  keine Angaben möglich

**47 Welche Angaben treffen am ehesten für die Ehe der Eltern zu?**

- 01  "normale" Ehe/ gute Harmonie und selten Streit
- 02  zufrieden stellende Harmonie und Übereinstimmung
- 03  starke Disharmonie/ häufige Missverständnisse und Streit
- 88  entfällt
- 99  keine Angaben möglich

**48 Wer erzieht vorwiegend das Kind?**

- 01  Vater
- 02  Mutter
- 03  andere Personen; welche: \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

**49 Welche weiteren Erziehungspersonen üben einen regelmäßigen Einfluss auf die Erziehung in der Familie aus?**

- 01  keine weiteren Personen
- 02  Verwandte \_\_\_\_\_
- 03  sonstige Person(en) \_\_\_\_\_
- 99  keine Angaben möglich

**50 Welche Erkrankungen/ Auffälligkeiten in der Ursprungsfamilie des Kindes/Jugendlichen sind bekannt?**

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
01 keine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
02 Lernstörung (Lesen, Schreiben, Rechnen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
03 Geistige Behinderung (Intelligenzstörung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
04 Psychose (z.B. Wahnerkrankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
05 Depression/ Manie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
06 Selbstmordversuch/ Suizid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
07 Alkoholismus, Sucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
08 Drogenmissbrauch welche? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
09 Kriminalität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Angsterkrankungen/ Panik Welcher Art? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11 „Schwieriger“ Charakter Welcher Art? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Krebserkrankungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Andere _____				

**51 Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?**

- 01  von der Mutter
- 02  vom Vater
- 03  von beiden Eltern
- 04  von anderen Personen; welche: \_\_\_\_\_

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

Unterschrift: