

## Neuanmelde- und Anamnesebogen

Datum: \_\_\_\_\_ Explorateur: \_\_\_\_\_  Akte vervollständigt  
(von Praxis auszufüllen)

### I. Vorgestelltes Kind:

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

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

Name des Kinder-/Hausarztes Frau/ Herr: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Überwiesen/ Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

Name der Krankenversicherung und mit wem das Kind versichert ist: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Kassennummer: \_\_\_\_\_

Vorstellungsanlass: \_\_\_\_\_

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

Wohnhaft bei:

- Leiblichen Eltern
- Leiblicher Mutter  mit Stiefvater / Partner
- Leiblicher Vater  mit Stiefmutter / Partnerin

Andere Unterkunft / Heimeinrichtung: \_\_\_\_\_

### II. Leibliche Eltern

Name der Mutter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland und Ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Ausübung:  aktuell Hausfrau/ Elternzeit  Vollzeit  Teilzeit

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

Erkrankungen (chronische/ psychische): \_\_\_\_\_

- Familienstand:  mit leiblichem Vater zusammenlebend/ verheiratet  
 von leiblichem Vater getrennt seit: \_\_\_\_\_ geschieden seit: \_\_\_\_\_  
 neue Partnerschaft  alleinerziehend

Name des Vaters: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsland und Ort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_ aktuelle Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Ausübung:  aktuell Hausmann/ Elternzeit  Vollzeit  Teilzeit

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

Erkrankungen (chronische/ psychische): \_\_\_\_\_

Familienstand:  mit leiblicher Mutter zusammenlebend/ verheiratet

Von leiblicher Mutter getrennt/ geschieden seit \_\_\_\_\_

neue Partnerschaft  alleinerziehend

Gibt es seelische Erkrankungen innerhalb der Familie/ Verwandtschaft?  Nein  ja

Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ welche Erkrankung? \_\_\_\_\_

Sorgerecht für vorgestelltes Kind liegt bei:  Mutter  Vater  gemeinsam

Sonstige Person \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung der Sorgeberechtigten für die Vorstellung in der Praxis liegt vor:

ja  nein

### **III. Geschwister (leibliche, Halb-/Stiefgeschwister)**

Name, Vorname	geboren am	Schule/Beruf	Erkrankungen
---------------	------------	--------------	--------------

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

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

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

4. \_\_\_\_\_

### **IV. Weitere wichtige (betreuende) Bezugspersonen (z.B. Stiefmutter/-vater, Großeltern, etc.)**

Name : \_\_\_\_\_

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

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ Handynr.: \_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

In welchem Verhältnis steht diese zu Ihrer Familie?

Gibt es zwischen Ihnen Differenzen? Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ nein

## **V. Vorerkrankungen des Kindes**

Krankheiten/ Allergien/ Unfälle (möglichst mit Jahresangabe)

---

---

---

Regelmäßige Einnahme von Medikamenten:  nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Stationäre Krankenhausaufenthalte (wo, wann und warum?):

---

Wurde Ihr Kind bereits in einer anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis oder Ambulanz vorgestellt?  Nein  ja, wann \_\_\_\_\_

Wann wurde ihr Kind zuletzt vom Kinder-/Hausarzt untersucht? \_\_\_\_\_

Sonstige Hilfen:

- Frühförderung wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Krankengymnastik wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Ergotherapie wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Logopädie wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Psychotherapie wenn ja, wann: \_\_\_\_\_
- Sonstiges was und wann: \_\_\_\_\_

## **VI. Entwicklung des Kindes**

Schwangerschaft verlief:  unauffällig  Komplikationen, welche? \_\_\_\_\_

Emotionale/ psychosoziale Belastungen in dieser Zeit

Geburt:  spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke/ Zange  Komplikationen, welche?

---

in der \_\_\_\_ Schwangerschaftswoche Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g. Größe: \_\_\_\_\_ cm

Apgar-Werte: \_\_/\_\_/\_\_

Wurde ihr Kind gestillt?  Nein  Ja, wie lange? \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten im ersten Lebensjahr (mehrere Antworten möglich):  nein

- Exzessives Schreien  schwer zu beruhigen  Ein-/Durchschlafstörungen
- Fütter-/Gedeihstörung  leicht irritierbar  vermied Blickkontakt
- vermied Körperkontakt  sonstiges \_\_\_\_\_

Auffälligkeiten in der weiteren Entwicklung:  nein

Sprachentwicklung: \_\_\_\_\_

Motorik: \_\_\_\_\_

Sauberkeit:

trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren tagsüber mit \_\_\_\_\_ Jahren nachts

aktuell Probleme:  einnässen  einkoten

Brille  Paukenröhrchen

- Sozialisation im Vorschulalter:
- Gut integriert     wenig Freunde     keine Freunde
- Häufig Konflikte mit Gleichaltrigen     häufig Konflikte mit Erwachsenen
- Kindergartenbesuch:
- Unauffällig     Trennungsprobleme     anderes: \_\_\_\_\_
- Einschulung:
- Unauffällig     Eingewöhnungsprobleme     Vorklasse/Rückstellung
- Grundschulzeit:
- Unauffällig     Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_
- Regulär     offene Eingangsstufe
- Weiterführende Schule:
- Schulform: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_
- Unauffällig     Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_
- Schulempfehlung für: \_\_\_\_\_
- Klasse wiederholt, welche \_\_\_\_\_
- Betreuung außerhalb der Schule \_\_\_\_\_

#### **VII. Sonstige involvierte Institutionen:**

- Erziehungsberatungsstelle:     aktuell     in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_
- Jugendamt:     aktuell     in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_
- Schulpsychologe     aktuell     in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_
- Psychotherapeut     aktuell     in der Vergangenheit: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_

#### **VIII. Hinweise:**

Wir senden einen Abschlussbericht per Fax\* an den von Ihnen angegeben Kinder-/Hausarzt. Sie erhalten in diesem Fall eine kostenfreie Kopie des Befundberichtes.

Sollten Sie mit der Weitergabe des Berichtes an den Kinder-/Hausarzt nicht einverstanden sein, erhalten Sie einen Befundbericht nur nach privater Aufwandsentschädigung (40,21€).

**Bericht an Kinder-/Hausarzt:**    Ja     Nein

\*Für Übertragungsfehler übernehmen wir keine Haftung!

**Information zur Privatliquidation bei versäumter Abgabe der Versichertenkarte:**

Wir möchten freundlich darauf hinweisen, dass Sie nach Ablauf des Quartals eine Privatrechnung über die erbrachten Leistungen im Rahmen der Behandlung zugesendet bekommen, wenn Sie nicht innerhalb des laufenden Quartals die Versichertenkarte einer gesetzlichen Krankenversicherung vorlegen.

**Informationen zur Sorgerechtsregelung und bei Änderung Ihrer Kontakt- & Versichertendaten:**

Bitte informieren Sie uns unbedingt, falls sich im Verlauf der Behandlung in unserem Zentrum eine Änderung der Sorgerechtsregelung oder Ihrer Kontakt- bzw. der Krankenversichertendaten ergeben sollte.

Frankfurt/ Main, den \_\_\_\_\_

(Datum)

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)