



**Mag. Claudia Kowarik**

Klinische Psychologin (Kinder-, Jugend- und Familienpsychologie)  
Vertragspsychologin für Klinisch-Psychologische Diagnostik  
Gesundheitspsychologin

Argentinierstr. 71/12, 1040 Wien  
Tel: 0660 827 03 94, Email: praxis@psychologie-hilft.at  
<http://www.psychologie-hilft.at>

## **Anamnesebogen für Kinder und Eltern (Klinisch-Psychologische Diagnostik)**

### **Daten**

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

Vor- Nachname (Kind): \_\_\_\_\_

Geb. - Datum(Kind): \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.(Kind): \_\_\_\_\_

PLZ/Ort(Kind): \_\_\_\_\_

Hauptversicherter: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum (Hauptvers.): \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Versicherung: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_ E- Mail: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Kinderarzt/-ärztin: \_\_\_\_\_

Hat der/die Kinderarzt/-ärztin Sie zur Diagnostik zugewiesen?  Ja  nein

Wenn nein, Name und Anschrift des/r ZuweiserIn: \_\_\_\_\_

### **Obsorge**

Eltern haben gemeinsames Sorgerecht  nein  ja

Bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamem Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils: \_\_\_\_\_

Mutter ist allein sorgeberechtigt   Vater  
ist allein sorgeberechtigt  Vormund/Adoptiveltern haben das Sorgerecht (Name, Adresse,  
Telefon):

**Daten zur Schwangerschaft:**

1. Verlauf:  unauffällig  auffällig (z.B.: Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen, andere Komplikationen)  
bitte beschreiben:

**Geburt:** (Diese Angaben finden Sie im Mutter-Kind-Pass!)

2. In welcher Schwangerschaftswoche?:  
3. War die Schwangerschaft erwünscht?:  ja  nein  
4. Wie war die Entbindung?  
 Spontan  mit Saugglocke  mit Geburtszange  Kaiserschnitt  
5. Gewicht: \_\_\_\_\_ g Länge: \_\_\_\_\_ cm APGAR: \_\_\_\_\_ Punkte Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm  
6. Behandlung auf Intensivstation:  nein  ja

**Neugeborenenperiode:**

7. Gab es Auffälligkeiten, wie:  
 Gelbsucht  Atmungsprobleme  Wärmebettchen  Infektion/Sepsis  
 Sonstiges

**Säuglingsperiode:**

8. Gestillt?  nein  ja Wie lange?  
9. War das Kind ein:  Schreikind  ruhiges Kind  sonstiges

**Kleinkindperiode:**

10. motorische Entwicklung: in welchem Alter (ca.) konnte das Kind  
sitzen: \_\_\_\_\_ krabbeln: \_\_\_\_\_ laufen: \_\_\_\_\_?  
11. Angaben zur Sprachentwicklung: Muttersprache: \_\_\_\_\_  
Erste Worte (welche?) im Alter von: \_\_\_\_\_  
Zweiwortsätze im Alter von: \_\_\_\_\_  
Wurde eine verzögerte Sprachentwicklung oder andere Auffälligkeiten festgestellt?  
 nein  ja Welche?

12. Wie war das Spielverhalten? / Trotzphase?:

13. Angaben zur Sauberkeitsentwicklung:

Wann war das Kind tagsüber / nachts trocken? \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten? (bitte beschreiben)

**Krabbelgruppe / Kindergarten:**

14. War/ist das Kind bei/in einer Tagesmutter/Krabbelgruppe/Krippe?

nein  ja im Zeitraum: \_\_\_\_\_

15. Hat das Kind einen Kindergarten besucht bzw. besucht es derzeit einen?

nein  ja im Zeitraum: \_\_\_\_\_

16. Hatte/Hat Ihr Kind einen integrativen Kindergartenplatz?  nein  ja

17. Hatte/Hat das Kind Trennungsängste?  nein  ja

18. Hatte/Hat es FreundInnen in der Gruppe?  nein  ja

19. Gab es Auffälligkeiten in der Gruppe?  nein  ja

**Schullaufbahn:**

21. Wann wurde das Kind eingeschult bzw. wann ist es geplant?

22. Welche Schule(n) wurden besucht?

23. In welche Schule (inkl. Schulform) und Klasse geht das Kind jetzt?

24. Besucht das Kind eine (schulische) Nachmittagsbetreuung/Hort?  nein  ja

25. Falls das Kind mittags nach Hause kommt: Wer betreut es ?

26. Werden die Hausaufgaben in der Schule erledigt oder zu Hause?

27. Gibt es Schulprobleme?  nein  ja welche?

28. Welches sind die Lieblingsfächer in der Schule?

29. Welche Fächer sind schwierig?

30. Wie ist die soziale Integration in der Schule (Beziehung zu LehrerIn / MitschülerInnen)?

31. Wurde eine Klasse wiederholt oder übersprungen?  nein  ja welche?

32. Besucht das Kind eine spezielle Fördermaßnahme in der Schule?  nein  ja welche?

**Freizeitbeschäftigung:**

34. Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere regelmässige Freizeitaktivitäten?

nein  ja Welche?

35.a) Was spielt Ihr Kind am liebsten bzw. womit verbringt es hauptsächlich seine Freizeit?

35.b) Wie oft in der Woche oder im Monat trifft sich Ihr Kind mit Freunden?

35. c) Wieviele gute Freunde/innen hat Ihr Kind schätzungsweise? \_\_\_\_\_

35. d) An wieviel Tagen in der Woche liest Ihr Kind in einem Buch?

35. e) Machen Sie ein Bettgehritual mit Ihrem Kind?  nein  ja

Falls ja, was machen Sie zusammen?

36. Medienkonsum (hierzu zählt: Fernsehen, Internet, Computer, Tabletcomputer, Smartphone, Handy, Playstation, Nintendo, X-Box,WII und alle anderen elektronischen Medien):

Wieviel Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien ?

\_\_\_\_\_ Stunden pro Tag an Schultagen \_\_\_\_\_Stunden pro Tag an schulfreien Tagen

**Gesundheitszustand:**

37. Welche Kinderkrankheiten hatte ihr Kind?

38. Gibt es sonstige Krankheiten?

39. Wann war und was ergab die letzte ärztliche Untersuchung der Augen?

40. Wann war und was ergab die letzte ärztliche Untersuchung der Ohren?

41. Sind Allergien bekannt?  nein  ja Welche?

42. Welche Medikamente werden aktuell eingenommen?

43. Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischer Anfall?

nein  ja (Zutreffendes markieren)

44. Gab es bisher schon Therapien?

(z.B. Ergo-, Logo- od. Physiotherapie, ambulante Psychotherapie, psychologische Diagnostik, Behandlung durch eine/n Kinder- und JugendpsychiaterIn, stationärer Aufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung)

nein  ja wann/welche/bei wem/warum?

**Familienanamnese:**

**Mutter:**

45. Name:

47. Geburtsdatum:

49. Alter:

51. Schulabschluss:

53. Ausbildung/Studium:

**Vater:**

46. Name:

48. Geburtsdatum:

50. Alter:

52. Schulabschluss:

54. Ausbildung/Studium:

55. Derzeitige berufliche Tätigkeit?

56. Derzeitige berufliche Tätigkeit?

57. Wieviele Wochenstunden?

58. Wieviele Wochenstunden?

59. Eigene Erkrankungen (auch psychische)?

60. Eigene Erkrankungen (auch psychische)?

61. Erkrankungen in der Familie?

62. Erkrankungen in der Familie?

Geschwister Ihres Kindes (auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwister):

63. Name:

64. Alter:

1.

2.

3.

65. Welchen Kindergarten/Schule besuchen die Geschwister?

1.

2.

3.

66. Sind auch bei diesen Kindern Verhaltensprobleme aufgetreten?

O nein    O ja    Welche?

**Wohnsituation:**

67. Wie wohnen Sie? (*Wohnung, Mehrfamilienhaus, Haus, ...*)

68. Hat das Kind sein eigenes Zimmer?  nein  ja

69. Wohnen Sie in einer kinderfreundlichen Umgebung?  nein  ja

70. Besteht Kontakt zu den Großeltern?  nein  ja

71. Wird die Familie durch die Jugendhilfe unterstützt?  nein  ja

(Jugendamt, SozialpädagogIn, Familienhilfe, etc.)

72. Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozial-psychiatrischen Zentrum (SPZ) in Betreuung?  nein  ja

73. Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden? Wer hat Sie überwiesen?

**Ich danke Ihnen recht herzlich für das Ausfüllen dieses Fragebogens.**

*Mag. Claudia Kowarik*