



## Anmelde- und Anamnesebogen

Bitte bringen Sie diesen Anmelde- und Anamnesebogen ausgefüllt zum Erstgespräch mit.

**MVZ**  
**am Klinikum Rheine GmbH**  
Frankenburgstraße 31  
48431 Rheine

**Dr. med. M. Vigneswaran**  
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und –psychotherapie

Tel: 05971 9436120  
Fax: 05971 9436121

E- Mail: [kip-rheine@mathias-mvz.de](mailto:kip-rheine@mathias-mvz.de)

### Persönliche Daten:

Vor- und Nachname:	
Geburtsdatum:	
Straße + Hausnummer: PLZ + Wohnort:	
Telefon:	Mutter: Vater: Patient/in:
E- Mail:	
Krankenkasse (IK-Nummer): Versichertennummer:	
Sorgerecht:	
Versicherter:	geb.:
Anschrift, falls abweichend:	
Kinderarzt/ Hausarzt: (+Anschrift)	
Schule, Klasse: (+Anschrift)	
Kontaktaufnahme empfohlen von:	
Psychotherapeutische Anbindung: (+Anschrift)	

## Anamnesebogen:

Damit ich mich auf die Behandlung Ihres Kindes besser einstellen kann, bitte ich Sie um die Beantwortung der nachfolgenden Fragen. Sollten Ihnen einzelne Fragen im Vorfeld zu persönlich sein, geben Sie bitte einfach an, dass Sie die betreffende Frage noch nicht beantworten möchten. Falls der jeweils zur Verfügung stehende Platz nicht ausreichen sollte, setzen Sie Ihre Angaben bitte auf der Rückseite fort.

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

Wer füllt diesen Bogen aus? \_\_\_\_\_

Schildern Sie hier bitte den aktuellen Vorstellungsgrund. Wer hat Ihnen die Kontaktaufnahme ggf. empfohlen?

---

---

---

---

---

---

### Zur familiären und sozialen Situation:

Mit wem wohnt Ihr Kind zusammen?

Sind die Eltern liiert/ verheiratet/ getrennt/ geschieden? Bitte geben Sie die entsprechenden Daten an.

---

---

---

### Mutter:

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

aktuelle Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

körperliche und/ oder psychische Erkrankungen:

---

**Vater:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

aktuelle Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

körperliche und/ oder psychische Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_

**Ggf. Stief-/ Adoptivmutter:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

aktuelle Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

körperliche und/ oder psychische Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_

**Ggf. Stief-/ Adoptivvater:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

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

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

erlernter Beruf: \_\_\_\_\_

aktuelle Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_

körperliche und/ oder psychische Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_

**Geschwister:**

Vorname/n: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Schule/ Beruf: \_\_\_\_\_

körperliche und/ oder psychische Erkrankungen bzw. Auffälligkeiten:  
\_\_\_\_\_

Gibt es andere Personen, die für Ihr Kind besonders bedeutsam sind?

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

Spielt Glaube und Religion eine Rolle in Ihrem Leben? Falls ja, welche?

---

---

Wie wohnen Sie? Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?

Ist Ihre finanzielle Situation zurzeit ausreichend stabil? Gibt es finanzielle Sorgen und/ oder Schulden?

---

---

---

---

**Medizinische Angaben:**

Bitte führen Sie alle wesentlichen bisherigen Erkrankungen Ihres Kindes auf, die ärztlicher Behandlung bedurften oder bedürfen.

Wann etwa waren diese Erkrankungen?

Gab es Krankenhausaufenthalte?

Nahm/ Nimmt Ihr Kind Medikamente ein? Falls ja, welche? (Bitte nennen Sie auch frei verkäufliche und naturheilkundliche Präparate)

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Falls ja, weswegen und wann?

Bestehen Überempfindlichkeiten oder Allergien? Falls ja, welche?

---

---

---

War Ihr Kind schon mal in psychiatrischer, psychotherapeutischer oder psychologischer Behandlung oder Beratung? Falls ja: wann und wo?

---

---

Hat Ihr Kind andere Therapien erhalten (Logopädie, Ergotherapie, Frühförderung, Physiotherapie...)? Falls ja, wann und wie lange?

---

---

---

**Schwangerschaft und Geburt:**

War die Schwangerschaft geplant? Wie verlief die Schwangerschaft (Blutungen, Krankheiten)?

---

---

Wie verlief die Geburt (z. B. auch Gewicht, Länge und Kopfumfang bei Geburt)? Traten Komplikationen bei der Geburt auf?

---

---

Wurde Ihr Kind gestillt? Falls ja, wie lange?

---

**Säuglingsalter:**

Wie haben Sie das Kind als Säugling erlebt?

War es in den ersten Lebenswochen auffällig ruhig oder auffällig lebhaft?

Hat es eventuell übermäßig viel geschrien oder übermäßig viel geschlafen?

Wie gut gelang das Stillen / das Füttern?

Gab es sonst etwas Besonderes?

---

---

---

**Kleinkindalter:**

Mit wieviel Monaten konnten Ihr Kind sitzen, stehen, laufen?

Mit wieviel Monaten begannen es zu sprechen, erste Worte, erste Sätze?

Gab es etwas, weswegen Sie sich damals Sorgen gemacht hätten? Sprechfehler, Sprachfehler, Zeitweiliges Stottern?

In welchem Alter war Ihr Kind sauber mit Kot und Urin? War es eventuell später tags oder nachts nochmals wieder unsauber?

Gab es eine Trotzphase?

Gab es sonst etwas Besonderes?

---

---

---

---

**Kindergartenalter:**

Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht? Falls ja, wie verhielt sich Ihr Kind dort?

Wie hat es gespielt, ausdauernd oder wechselhaft, lieber allein oder mit anderen Kindern?

Wurde es als eher geschickt oder ungeschickt beschrieben?

Galt es als eher brav und folgsam oder eher als aufsässig?

Hatte es Lieblingsbeschäftigungen?

Wie war das Sozialverhalten?

Gab/ Gibt es sonst etwas Besonderes?

---

---

---

---

---

---

**Grundschulalter:**

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult?

Bitte beschreiben Sie in kurzen Stichworten die schulische Entwicklung in der Grundschule.

Wurde bei den Schularbeiten viel geholfen?

Hat oder hatte Ihr Kind Lieblingsfächer oder umgekehrt Fächer, die Ihnen besondere Schwierigkeiten bereiteten? Gibt es sonst etwas Besonderes?

Erfolgt/e der Schulbesuch regelmäßig?

Wie beschreiben / beschrieben die Lehrer Ihr Kind?

Gab/ Gibt es sonst etwas Besonderes?

---

---

---

---

---

---

**Weiterführende Schule/ Pubertät:**

Bitte beschreiben Sie in kurzen Stichworten die schulische Entwicklung in der weiterführenden Schule.

Gab/ Gibt es Auffälligkeiten bei Beginn der Pubertät?

Hat Ihr Kind besondere Interessen?

Wie ist das Sozialverhalten?

Hat Ihr Kind Freundschaften? Falls ja, erleben Sie hier Auffälligkeiten?

Ist Ihr Kind in Vereinen angebunden?

Ist Ihr Kind sexuell altersentsprechend aufgeklärt? Gab es bislang Auffälligkeiten in der sexuellen Entwicklung?

---

---

---

---

---

---

Hat Ihr Kind schon einmal Alkohol, Zigaretten oder andere Drogen konsumiert? Falls ja, wann, wie lange und welche Substanzen?

---

---

---

Wurde Ihr Kind schon einmal angezeigt und/ oder wegen einer Straftat verurteilt?

Wurde ein/e Angehörige/r schon einmal angezeigt und/ oder wegen einer Straftat verurteilt?

---

---

**Allgemeines:**

Wie schläft Ihr Kind?

Gibt es Auffälligkeiten im Schlaf?

Wann geht Ihr Kind ins Bett und wann steht es auf?

---

---

Wie ernährt sich Ihr Kind? Wie ist der Appetit? Gibt es Besonderheiten im Essverhalten?

---

---

In welchen Situationen fühlt sich Ihr Kind entspannt und wohl?

---

---

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben?

Wenden Sie Belohnung bzw. bei Fehlverhalten Konsequenzen an? Falls ja, welche?

---

---

Gibt/ Gab es sonstige Belastungen, die Sie für die Schwierigkeiten Ihres Kindes als bedeutsam erachten?

---

---

---

Welche Stärken hat Ihr Kind? Was schätzen Sie besonders an Ihrem Kind?

---

---

---

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

---

---

---

---

---

---

**Vielen Dank für Ihre Mühe!**