



An das
Klinikum Memmingen
SPZ – Schreibabyambulanz
Bismarckstr. 23
877 Memmingen

Memmingen, 31. Juli 2018

Sehr geehrte Eltern,

Sie wollen ihr Kind in unserer Ambulanz für Säuglinge und Kleinkinder anmelden. Hierfür ist es notwendig, dass Sie zunächst Rücksprache mit Ihrem behandelnden Kinderarzt nehmen und die Schwierigkeiten mit Ihrem Baby/Kleinkind mit ihm besprechen. Nur wenn Ihr Kinderarzt Ihr Kind an uns überweisen möchte, können wir tätig werden.

Um Ihnen und Ihrem Kind bestmöglich helfen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und an uns zurück zu senden. Zum ersten Termin benötigen wir dann auch ein Schlafprotokoll, welches Sie ebenfalls von unserer Homepage herunterladen können.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Angelika von Wahlert
Psych. Psychotherapeutin
08331-702465

Dipl.-Päd. Nina Fidel
Kinder- und Jugend-Psychotherapeutin
08331-702645

Anamnesebogen



Vorzustellendes Kind

Name _____

Vorname _____ Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefon _____

Geschlecht weiblich männlich

Das Kind ist mein leibliches Kind Pflegekind

Stiefkind Adoptivkind

Eltern

	Mutter	Vater	andere
erziehungsberechtigt			
Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Anschrift			
Familienstand			
Telefon			
Schulabschluss			
Berufsausbildung			
Berufstätigkeit			
Körpergröße/Kopfumfang			
Hobbys			

Alle Sorgeberechtigten sind mit der Untersuchung und ggf. Behandlung bei uns einverstanden? ja nein

Geschwister

Führen Sie bitte alle Kinder in der Reihenfolge der Geburten an (inklusive Fehlgeburten)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Erkrankungen/Frühgeburt
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Grund der Vorstellung

Schildern Sie hier bitte möglichst ausführlich, weshalb Sie Ihr Kind bei uns angemeldet haben. Erwähnen Sie auch gegebenenfalls bisherige Unfälle mit besonderen Folgen, Entwicklungsrückschritte oder andere besondere Vorkommnisse.

Welches sind Ihre Fragestellungen und Erwartungen an unsere Untersuchung?

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

Familiäre Situation

Halten Sie Ihre finanzielle Situation für gut ausreichend ungenügend

Beurteilen Sie Ihre Wohnverhältnisse als gut? Ja Nein

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Haben Sie einen Garten? Ja Nein

Wie viele Personen leben im Haushalt? _____

Wohnen Verwandte oder andere Personen mit in der Wohnung oder im gleichen Haus?

Angaben zur Schwangerschaft

- | | | |
|------------------------------------|--------------------------|---|
| War die Schwangerschaft geplant? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| War die Schwangerschaft erwünscht? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Fand künstliche Befruchtung statt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Berufstätigkeit der Mutter | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> Wie lange? _____ |
| Nierenkrankheit | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Zu hoher Blutdruck | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Zu niedriger Blutdruck | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wasser in den Beinen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Starke Gewichtszunahme | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Infektionen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Blutarmut | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wiederholte Blutungen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Vorzeitige Wehen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Übermäßige Übelkeit / Erbrechen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Operationen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Röntgenuntersuchungen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Medikamente | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Alkoholkonsum | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> Wie viel? _____ |
| Rauchen | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> Wie viel? _____ |
| Seelische Belastungen der Mutter | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wenn Ja, welche? | _____ | |
-

Angaben zur Geburt

Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche
Wehendauer _____ Stunden

Geburtsgewicht _____
Geburtslänge _____
Kopfumfang _____

- | | | |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Geburt im Krankenhaus? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Komplikationen während der Geburt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Einleitung der Geburt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Wurde eine Narkose gegeben? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Falsche Lage des Kindes? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Nabelschnurumschlingung? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Zangengeburt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Saugglocke? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Kaiserschnitt? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| Lag das Kind im Brutkasten? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |
| War eine Verlegung in die Kinderklinik nötig? | Ja <input type="radio"/> | Nein <input type="radio"/> |

Angaben zur Neugeborenenzeit (Geburt bis 3. Lebensmonat)

Die Neugeborenenzeit war komplikationslos normal schwierig
War Ihr Kind sehr ruhig normal sehr unruhig
Wie viel hat Ihr Kind geschrien? viel normal wenig
Wie viel hat es geschlafen? viel normal wenig
War Ihr Kind besonders empfindlich? Ja Nein
Hat Ihr Kind häufig erbrochen? Ja Nein
War Ihr Kind leicht zu beruhigen? Ja Nein
Wurde Ihr Kind gestillt? Ja Nein Wie lange? _____
Wann wurde erste Nahrung mit dem Löffel zugefüttert? _____

Entwicklungsgeschichte

Wie beurteilen Sie das Schlafverhalten Ihres Kindes? _____

Wann geht Ihr Kind im Allgemeinen ins Bett? _____

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit dem Ein- oder Durchschlafen? _____

Wie beurteilen Sie das Essverhalten Ihres Kindes? _____

Isst Ihr Kind mit Freude? Ja Nein

Isst Ihr Kind selbständig? Ja Nein

Verweigert Ihr Kind manchmal die Nahrung? Ja Nein

Ist Ihr Kind sehr wählerisch? Ja Nein

Sonstige Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme: _____

Wann lernte das Kind:

- Den Kopf zu halten mit _____ Monaten
- Nach Gegenständen zu greifen mit _____ Monaten
- Freies Sitzen mit _____ Monaten
- Stehen mit Festhalten mit _____ Monaten
- Freies Gehen mit _____ Monaten
- Erste Worte zu sprechen mit _____ Monaten
- Sprechen kleiner Sätze mit _____ Monaten
- Sauberkeit beim Wasserlassen bei Tag mit _____ Monaten
- Sauberkeit beim Wasserlassen bei Nacht mit _____ Monaten
- Sauberkeit beim Stuhlgang mit _____ Monaten
- Kinderkrippen/-gartenbesuch mit _____ Monaten

- Wer versorgte das Kind während der ersten beiden Lebensjahre überwiegend?

- Welche Bezugspersonen hatte das Kind während dieser Zeit?

- Welche Bezugspersonen hat es jetzt?

- War das Kind während der ersten Lebensjahre längere Zeit von Mutter/Vater getrennt?
Wenn Ja, von wem, weshalb und wie lange?

- Wie war das Verhalten des Kindes nach der Rückkehr?

Verhaltensentwicklung

Geben Sie jetzt bitte noch Antworten zu nachstehend genannten Verhaltensbereichen des Kindes an. Schildern Sie dabei die Schwierigkeiten, die bestehen, aber auch positive, erfreuliche Eigenschaften und Fähigkeiten. Verwenden Sie Wörter und Formulierungen, die Ihrer Meinung nach die Besonderheiten möglichst treffend wiedergeben. In Klammern nach den Fragen finden Sie Vorschläge, die Ihnen bei der Wahl der richtigen Beschreibung behilflich sein könnten.

- **Selbständigkeit** (beim Waschen, Essen, Anziehen, ...)

- **Antrieb** (aktiv, passiv, apathisch, stumpf, überdreht, lebhaft, ...)

- **Gefühlsleben und Stimmung** (ausgeglichen, fröhlich, empfindlich, nörgelig...)

- **Kontaktfähigkeit** (aufgeschlossen, gehemmt, sondert sich ab, distanzlos, ...)

- **Verhalten in der Gemeinschaft** (gut angepasst, friedlich, nachgiebig, störend, bestimmend)

- Wie ist das Verhältnis zu **Geschwistern**? Hat Ihr Kind **Freunde**?

- **Sprache** (einzelne Wörter, kleine Sätze, längere Sätze, echoartiges Sprechen, Stammelnen ...)

- **Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit** (hellwach, aufgeschlossen, schläfrig, ...)

- **Spielverhalten** (phantasievoll, Rollenspiel, technisches Spiel, allein oder mit anderen, ...)

- **Besondere Stärken und Interessen** (Begabungen, Fähigkeiten, Interessen)

- **Besonderheiten in der Wahrnehmung** (akustische oder optische Reize, Berührungsreize, die das Kind besonders mag oder auf die es überempfindliche / ablehnend reagiert)

- **Einschneidende Lebensereignisse** (Trennung der Eltern, Arbeitsaufnahme der Mutter, Tod eines Angehörigen, akute / chronische Krankheit eines Angehörigen, ...)

Erkrankungen in der Familie

	Ja	Nein	Bei wem?
Zuckerkrankheit	○	○	_____
Schwere Infektionen	○	○	_____
Rheumatismus	○	○	_____
Asthma oder Lungenkrankheiten	○	○	_____
Herz- und Kreislauferkrankungen	○	○	_____
Leber- und Nierenerkrankungen	○	○	_____
Krebs	○	○	_____
Seelische Krankheiten	○	○	_____
Krampfanfälle (Epilepsie)	○	○	_____
Operationen	○	○	_____
Schwere Unfälle	○	○	_____
Sonstige Erkrankungen	○	○	_____

Erkrankungen des Kindes

Masern	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Mumps	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Scharlach	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Keuchhusten	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Röteln	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Hirnhautentzündung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Unfälle	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Operationen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Krampfanfälle	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Asthma	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Heuschnupfen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Neurodermitis	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Häufige Verstopfung	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Gewichtsabnahme	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Sprachstörungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	
Andere Erkrankungen	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Welche? _____
Krankenhausaufenthalte	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>	Warum? _____

Sehen: Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?

O nein O ja, bei _____ (Name und Adresse des Arztes)
Wann? _____
Befund auffällig? O ja O nein

Hören: Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt überprüft?

O nein O ja, bei _____ (Name und Adresse des Arztes)
Wann? _____
Befund auffällig? O ja O nein

Welche **Impfungen** hat Ihr Kind erhalten?

Welche **Medikamente** bekommt das Kind? _____ Dosierung _____
_____ Dosierung _____
_____ Dosierung _____

Da häufig auch Kontakt zu anderen Ärzten notwendig werden, bei denen Ihr Kind in Behandlung ist oder war, bitten wir Sie um genaue Angaben der entsprechenden Namen und falls vorhanden, Kopien von Berichten beizulegen.

Mein Kind war in Behandlung bei:

Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum
Name	Telefon	Behandlungszeitraum

Bekommt oder bekam Ihr Kind **Therapien/Behandlungen**? ja nein

	Stundenzahl	Seit wann?	Wo?	Beendet am?
Ergotherapie				
Physiotherapie				
Logopädie				
Heilpädagogik/ Frühförderung				
Psychotherapie				
Sonstige (Familienhilfe, erziehungsberatung)				

Platz für Dinge, die Ihnen zudem noch als erwähnenswert erscheinen

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von _____

Vielen Dank für das ausführliche Beantworten der Fragen!

Ihr Team von der Ambulanz für frühkindliche Regulationsstörungen

Dipl.-Psych. Angelika von Wahlert
Psych. Psychotherapeutin
08331-702465

Dipl.-Päd. Nina Fidel
Kinder- und Jugend-Psychotherapeutin
08331-702645