

Liebe Eltern, liebe Patient*innen,

auf den nachfolgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen, die mir eine differenzierte Anamneseerhebung sowie Diagnostik und ggfs. spätere Einleitung einer Therapie bei der Krankenkasse deutlich erleichtern. Ich freue mich, wenn Sie sich Zeit nehmen die Fragen zu beantworten.

Hinweis für Jugendliche und junge Erwachsene:

Da ich auch junge Patient*innen behandle, werden die anfänglichen Fragen häufig von den Eltern oder Bezugspersonen ausgefüllt. Lasst euch durch die Formulierung „Ihr Kind“ bitte nicht irritieren. Selbstverständlich kann auch der ganze Fragebogen von euch selbst ausgefüllt werden. In diesem Fall möchte ich darauf hinweisen, dass ihr selbst entscheiden dürft, inwieweit ihr eure Eltern in die Therapie einbeziehen wollt und ob ihr den Teil des Fragebogens, der für eure Eltern vorgesehen ist, von ihnen ausfüllen lassen möchtet oder nicht.

Hauptfragebogen ausgefüllt von: _____ **Datum:** _____

1. Patient*innendaten:

| | |
|--------------------------------------|--|
| Name, Vorname | |
| Geburtsdatum | |
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers |
| Adresse | |
| Erreichbar über Handy | _____ <input type="checkbox"/> AB darf besprochen werden |
| Mail | _____ |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat Name der Versicherung: _____ Versicherungsnummer: _____ Hauptversicherte*r: _____ |
| Sorgerecht (wenn unter 18 Jahren) | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide |

Aktuelle Schulform & -klasse / Kindergarten / Studium / Beruf: _____

Angaben zur Wohnsituation (mit wem wohnt der/die Patient*in zusammen):

Welche Bezugspersonen, Institutionen und Ärzte sollen ggfs. in die Behandlung einbezogen werden?

Hinweis: Bringen Sie Vorbefunde bitte zum vereinbarten Termin mit (gerne bereits als Kopie).

2. Familiensituation

Angaben zu den leiblichen Eltern (Bei Pflege-/Adoptiveltern oder neuen Partner*innen der Eltern bitte ergänzen unter „7. Ergänzende Informationen“):

| | Mutter | Vater |
|--------------------------|--|--|
| Name, Vorname | | |
| Geboren am | | |
| Beruf | | |
| Familienstand | | |
| Erreichbar über Handy | _____ | _____ |
| | <input type="checkbox"/> AB darf besprochen werden | <input type="checkbox"/> AB darf besprochen werden |
| Mail | _____ | _____ |

Angaben zu den leiblichen Geschwistern:

(Bei mehr Geschwisterkindern bitte ergänzen unter „7. Ergänzende Informationen“)

| | Kind 1 | Kind 2 |
|------------------------------------|--------|--------|
| Name, Vorname | | |
| Geboren am | | |
| Schule/ Klasse/ Studium / Beruf | | |
| Wo lebt das Kind? | | |

Angaben zu Stiefgeschwistern, Halbgeschwistern und Pflegekindern (Name, Alter, wo lebt das Kind?):

Falls es Geschwister gibt: Wie würden Sie die Geschwisterbeziehung beschreiben?

Befand oder befindet sich ein Geschwisterkind in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung und wenn ja, warum?

Hatten oder haben Sie Kontakt mit dem Jugendamt und wurden oder werden Sie bspw. durch eine Sozialpädagogische Familienhilfe unterstützt? Warum gab es Kontakt mit dem Jugendamt?

Gibt es (sonstige) Besonderheiten oder Herausforderungen im Familiensystem?

3. Vorstellungsanlass

Wer hatte die Idee zur Therapie?

Patient*in Eltern/-teil Ärztin/Arzt Schule andere: _____

Welcher Anlass führt zum Aufsuchen einer psychotherapeutischen Sprechstunde?

Angaben zum aktuellen Befinden der/des Patientin/en:

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> Gefühl der inneren Leere |
| <input type="checkbox"/> Interessenverlust / Freudlosigkeit | <input type="checkbox"/> Traumatische Erinnerungen |
| <input type="checkbox"/> Verminderter Antrieb / schnell müde | <input type="checkbox"/> Schnell wechselnde Stimmung |
| <input type="checkbox"/> Vermindertem Selbstwertgefühl | <input type="checkbox"/> Instabile Beziehungen |
| <input type="checkbox"/> Suizidgedanken Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Schuldgefühle | <input type="checkbox"/> Pessimistischer Blick in die Zukunft |
| <input type="checkbox"/> Veränderung des Appetits Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ | <input type="checkbox"/> Schlafstörung Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwänge (z.B. ordnen, zählen, waschen) Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ | <input type="checkbox"/> Impulsives Verhalten Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Alpträume | <input type="checkbox"/> Gewalt gegen andere |
| <input type="checkbox"/> Sorgen ums Gewicht | <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Essanfälle | <input type="checkbox"/> Ängste und Panikattacken |
| <input type="checkbox"/> Wutausbrüche Falls ja, bitte kurz beschreiben: _____ _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ _____ |

Gab es jemals einen Suizidversuch? nein ja Wann? _____



Seit wann besteht die Belastung (Jahr, Alter, Klasse)? _____

Die Beschwerden traten ganz plötzlich auf schleichend

Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten der Symptomatik zusammenfielen?

Wo sind die Probleme am stärksten?

Kindergarten/Schule/Studium/Ausbildung/Beruf Familie Freunde Freizeit

Partnerschaft Finanzen anderes: _____

Wann tritt das Verhalten / die Symptomatik besonders auf?

Wann und wo tritt die Symptomatik wenig stark oder gar nicht auf?

Was wurde bislang gegen die Beschwerden unternommen?

Wie gehen Sie als Eltern oder das Umfeld mit der Symptomatik um?

Inwieweit ergeben sich aus der Symptomatik Belastungen oder Beeinträchtigungen im Alltag der betroffenen Person, in der Entwicklung oder auch im (familiären) Umfeld?

Wurde schon einmal eine Psychotherapie in Anspruch genommen?

| Monat & Jahr | Einrichtung | Art der Behandlung (ambulant o. stationär) | Anlass | Dauer |
|--------------|-------------|--|--------|-------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Ist aktuell eine stationäre Behandlung geplant? nein ja /wo? _____

4. Entwicklungsverlauf

Schwangerschaft

War die Schwangerschaft erwünscht? ja nein

Entbindung erfolgte in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: _____ ; Geburtsgröße: _____ ; APGAR-Werte: _____

Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____ Anzahl bisheriger Geburten: _____

Gabe es Herausforderungen während der Schwangerschaft? _____

Gab es Komplikationen bei der Geburt? _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamente zu sich genommen? nein ja Welche / Menge : _____

Sonstiges: _____

Frühkindliche Entwicklung

Wie würden Sie Ihr Kind als Baby beschreiben: _____

Gab es besondere Herausforderungen (bspw. Schreibaby): nein ja

Falls ja welche? _____

Motorische Entwicklung

Krabbeln mit: _____ Monaten

Laufen mit: _____ Monaten

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Sprachentwicklung:

Erste Worte mit: _____ Monaten

Erste Sätze mit: _____ Monaten

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Sauberkeitsentwicklung:

Tagsüber abgeschlossen mit: _____ Jahren

nachts abgeschlossen mit: _____ Jahren

Sonstige Auffälligkeiten: _____

Sonstiges:

Trennungängste unauffällig auffällig (wie?) _____

Gab oder gibt es sonstige Entwicklungsauffälligkeiten? _____

Gibt es (chronische) Vorerkrankungen: _____

Körperliche Erkrankungen, Operationen, Krankenhausaufenthalte mit ungefährem Alter:

5. Weitere Angaben

Angaben zur Größe und Gewicht: _____ kg _____ m

Gab es im Leben Ihres Kindes besondere / belastende Lebensereignisse?

- Umzug Schulwechsel Mobbing Klassenwiederholungen
 Trennung der Eltern Tod (wer?) Sonstiges

Daten und Informationen dazu: _____

Liegt Konsum von Alkohol vor? nein ja

Wie oft, was und wie viel durchschnittlich? _____

Liegt Konsum von Nikotin vor? nein ja

Wie viele Zigaretten durchschnittlich? _____

Liegt Konsum von anderen Substanzen vor? nein ja

Was, wie oft und wie viel durchschnittlich? _____



Zu welchen Zeiten ist es Ihrem Kind möglich, für eine längerfristige Therapie jede Woche einen festen Termin wahrzunehmen? Bitte geben Sie auch die Zeiten an den Vormittagen an, wenn in der (Hoch-) Schule Hohlstunden bestehen oder die Zeiten der Doppelstunden von bspw. Kunst oder Sport.

- Montag _____
- Dienstag _____
- Mittwoch _____
- Donnerstag _____
- Freitag _____

Vielen Dank!

Bitte lassen Sie die nachfolgenden Fragen von der jeweils genannten Person am Anfang der Seite selbst ausfüllen.

Mutter

Haben Sie selbst gesundheitliche Probleme und wenn ja welche (körperlich und/oder psychisch)?

Gibt es in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, ...) körperliche/psychische (Vor-)Erkrankungen?

Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie Ihre eigene Kindheit und die Beziehung zu Ihren Eltern erlebt haben:

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Kind beschreiben?

Gibt es besondere Herausforderungen in der Beziehung zu Ihrem Kind?

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben bzw. auf was legen Sie in Ihrer Erziehung besonders viel wert?



Was wünschen Sie sich für Ihr Kind (allgemein)?

Was wünschen Sie sich von der Therapie Ihres Kindes und was soll ggfs. auf keinen Fall passieren oder thematisiert werden?

Vater

Haben Sie selbst gesundheitliche Probleme und wenn ja welche (körperlich und/oder psychisch)?

Gibt es in ihrer Familie (Geschwister, Eltern, ...) körperliche/psychische (Vor-)Erkrankungen?

Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie Ihre eigene Kindheit und die Beziehung zu Ihren Eltern erlebt haben:

Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Kind beschreiben?

Gibt es besondere Herausforderungen in der Beziehung zu Ihrem Kind?

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben bzw. auf was legen Sie in Ihrer Erziehung besonders viel wert?



Was wünschen Sie sich für Ihr Kind (allgemein)?

Was wünschen Sie sich von der Therapie Ihres Kindes und was soll ggfs. auf keinen Fall passieren oder thematisiert werden?

Patient*in

Ich bitte dich, mir die unten angeführten Fragen aus deiner Sicht zu beantworten. Alle von dir gemachten Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Wie möchtest du von mir angesprochen werden?

(Erklärung: Manche möchten mit einem anderen Namen angesprochen werden als der, der auf der Geburtsurkunde hinterlegt ist oder ihnen ist es wichtig, dass bestimmte Pronomen verwendet werden)

Aktuelle Probleme: Warum kommst Du hierher?

Das habe ich bereits gegen meine Probleme versucht:

Wie kommst du derzeit mit der Schule/Ausbildung/Studium/Beruf zurecht?

sehr gut eher gut so mittel eher schlecht sehr schlecht

Beschreibe:



Hobbies und Interessen:

So läuft es zu Hause / in der WG:

Das wünsche ich mir von der Therapie:

Gibt es bestimmte Fragen oder Themen, die in der Therapie beantwortet oder thematisiert werden sollen?

Das soll auf keinen Fall passieren oder besprochen werden:

Möchtest du selbst eine Therapie machen, oder kommst du auf Wunsch Anderer zu mir?

Wie motiviert bist du, über mehrere Monate an einer wöchentlich stattfindenden Therapie teilzunehmen?

- 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

(1 = Ich habe überhaupt keine Lust - 10 = Sehr motiviert)