

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Anamnesebogen

Dieser Bogen soll von den Sorgeberechtigten / Eltern ausgefüllt werden (volljährige Patienten können ihn selbst ausfüllen)

Name des Patienten: _____ **E- Mail:** _____

Geb.-Datum : _____

Straße/Nr. : _____ **PLZ/Ort :** _____

Handy-Nr. (Jugendliche): _____

Handy-Nr. (Eltern): _____ **Festnetz.-Nr.:** _____

Hausarzt bzw. Kinderarzt: _____

Sind Sie gleichzeitig in einer anderen kinderpsychiatrischen Praxis in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, bei _____

Angaben zum Stammversicherten mit Versicherten Nr. (finden Sie auf ihrer Karte):

Gab es bzw. gibt es schon Therapien oder andere Hilfen? Wenn ja, welche und in welchem Jahr? (z.B. Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sprachtherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, SPZ=sozial-pädiatrisches Zentrum, Frühförder-Zentrum, psychiatrische Klinik, Erziehungsberatung, sozialpädagogische Familienhilfe, Jugendamt)

Sorgerecht (Zutreffendes bitte ankreuzen und unterstreichen)

☐ Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) leben zusammen und haben das gemeinsame Sorgerecht.

☐ Die leiblichen Eltern (oder Adoptiveltern) leben getrennt / geschieden und haben das gemeinsame Sorgerecht:

Name, Adresse, Telefonnr. des zweiten sorgeberechtigten Elternteils (bei dem das Kind nicht gemeldet ist):

☐ Die Mutter hat das alleinige Sorgerecht.

☐ Der Vater hat das alleinige Sorgerecht.

☐ Ein Vormund hat das Sorgerecht (Name, Adresse, Telefon):

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

θ Nur das Aufenthaltsbestimmungsrecht / Gesundheitssorgerecht (Unzutreffendes bitte streichen) liegt bei folgendem Elternteil / Vormund:

Das Kind lebt bei: leibliche Eltern (), Adoptiv-bzw. Pflegeeltern (), sonstige Erziehungspersonen (Wer?) _____

Bestehen Sonderregelungen z.B. bzgl. des Besuchsrechts? Art der Betreuung und Umgangsregelungen:

Bei Pflege-oder Heimkinder: Wie häufig ist Kontakt zu den Eltern, wie sieht dieser dann aus:

Gibt/Gab es Kontakte zum Jugendamt? Wenn ja, mit welchem und wieso? Welche Form der Unterstützung?

Werden Sie zurzeit von einer Institution betreut?

Gab es Wechsel in den Unterbringungen? Bitte skizzieren Sie diese auf:

Familienanamnese

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern: ☐ Verheiratet, seit _____ ☐ Zusammenlebend, seit _____ ☐ Getrennt lebend, seit _____ ☐ Geschieden, seit _____	Aktueller Beziehungsstatus der Eltern ☐ Neuer Partner/in der Mutter, seit _____ ☐ Neuer Partner/in des Vaters, seit _____
--	--

Leibliche Mutter Name: _____ Alter: _____ Jahre Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____ Wieviele Stunden/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie? _____ Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen? _____ Gibt es Angehörige mütterlicherseits, die psychisch erkrankt sind/waren, eine Psychotherapie machen/gemacht haben, einen Suizidversuch/Suizid begangen haben? Wenn ja, wer? _____ Haben Sie Sorgen, die nicht im Zusammenhang mit den Problemen ihres Kindes bestehen?	Pflegemutter Name: _____ Alter: _____ Jahre Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____ Wieviele Stunden/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie? _____ Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen? _____ Gibt es Angehörige mütterlicherseits, die psychisch erkrankt sind/waren, eine Psychotherapie machen/gemacht haben, einen Suizidversuch/Suizid begangen haben? Wenn ja, wer? _____ Haben Sie Sorgen, die nicht im Zusammenhang mit den Problemen ihres Kindes bestehen?
---	---

Leiblicher Vater:	Pflegevater:
--------------------------	---------------------

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Name: _____ Alter: _____ Jahre Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____ Wieviele Stunden/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie? _____ Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen? _____ Gibt es Angehörige väterlicherseits, die psychisch erkrankt sind/waren, eine Psychotherapie machen/gemacht haben, einen Suizidversuch/Suizid begangen haben? Wenn ja, wer? _____ Haben Sie Sorgen, die nicht im Zusammenhang mit den Problemen ihres Kindes bestehen?	Name: _____ Alter: _____ Jahre Schulabschluss: _____ Ausbildung/Studium: _____ Wieviele Stunden/Woche arbeiten Sie und was arbeiten Sie? _____ Leiden Sie unter körperlichen oder psychischen Erkrankungen? _____ Gibt es Angehörige väterlicherseits, die psychisch erkrankt sind/waren, eine Psychotherapie machen/gemacht haben, einen Suizidversuch/Suizid begangen haben? Wenn ja, wer? _____ Haben Sie Sorgen, die nicht im Zusammenhang mit den Problemen ihres Kindes bestehen?
--	--

Angaben zu Geschwistern. Bitte auch Angaben zu Halb- oder Stiefgeschwister und weiteren Pflegekindern

Name mit Alter :

Sind auch bei Geschwistern Verhaltensprobleme aufgetreten? Wenn ja, welche?

Welche Personen sind noch wichtig für das Kind/dem Jugendlichen?

Aktuelle Lebenssituation:

Das Kind/Jugendlicher lebt bei einer Pflegefamilie (), in einer Wohngruppe () oder einem Heim () oder Sonstiges:

Wer lebt mit im Haushalt oder in der Gruppe:

Beschreibung der Schlafsituation:

Finanzielle Situation der Familie:

Familiäre Belastungen (Angaben zu Belastungen wie Arbeitslosigkeit, Krankheit etc.):

Familiäres Unterstützungssystem (Verfügbarkeit und Art der Unterstützung durch erweiterte Familie oder Freunde):

Innerfamiliäre Kommunikation(Qualität und Häufigkeit der Kommunikation innerhalb der Familie):

Vorstellungsgründe

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen sind Anlass gewesen sich um Psychotherapie zu bemühen?

Entwicklung des Problemverhaltens (Beginn und Auslöser, Wann ist es stärker geworden):

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, an bestimmten Orten, zu bestimmten Zeiten, bestimmten Situationen, mit bestimmten Personen?

Gab/gibt es Traumatisierung:

Frühkindliches Trennungserlebnis:

Verlust einer wichtigen Bezugsperson:

Andere Stressoren:

Welche sonstigen Auffälligkeiten gibt es außerdem? Bitte mit Zeitangaben

Lern- und Arbeitsstörung (), seit

Mut- oder Antriebslosigkeit (), seit

Gleichgültigkeit (), seit

Niedergeschlagenheit (), seit

Ängstlichkeit (), seit

Kontaktprobleme (), seit

Geht nicht unter Leuten (), seit

Sprachstörungen (), seit

Bewegungsstörungen (), seit

Hörstörungen (), seit

Schlafstörungen (), seit

Essensprobleme (), seit

Einnässen (), seit

Einkoten (), seit

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Wie erklären Sie sich die Schwierigkeiten:

Was glauben Sie braucht das Kinder/ der Jugendliche, um seine Schwierigkeiten zu überwinden?

Frühkindliche Entwicklung

Schwangerschaft

Wie alt war die Mutter bei der Geburt des Kindes? Wie alt der Vater?

Verlauf: ☐ unauffällig, ☐ auffällig (Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, vorzeitige Wehen)

Geburt (diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft):

In welcher Schwangerschaftswoche?: _____

Wie war die Entbindung? ☐ Spontan ☐ mit Saugglocke ☐ mit der Geburtszange ☐ mittels Kaiserschnitt

Gewicht: _____ g, **Länge:** _____ cm, **APGAR:** _____ Punkte, **Behandlung auf Intensivstation:** ☐ nein ☐ ja

Auffälligkeiten in der Neugeborenenperiode:

Entwicklung und Verhalten

Wie schätzen Sie das Temperament Ihres Kindes ein? ☐ eher ruhig ☐ sehr aktiv ☐ sehr wechselhaft ☐ ausgeglichen ☐ launisch

Besondere Eigenschaften:

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Säuglingsperiode

Gestillt? ☐ nein, ☐ ja Wie lange? _____

War das Kind ein: ☐ Schreikind ☐ ruhiges Kind ☐ sonstiges _____

Ergaben sich Schwierigkeiten im 1. Lebensjahr?

Wie haben Sie ihr Kind als Säugling erlebt?

Kleinkind- und Kindergartenzeit

Ab wann konnte Ihr Kind frei Laufen?

Wie war die Sprachentwicklung?

Wann war Ihr Kind trocken?

Gab es eine Trotzphase? Wie haben Sie diese erlebt (2.3. Lebensjahr)?

Wie ist/ war das Spielverhalten?

- Macht es Spiele zu Ende ☐ nein ☐ ja
- Kann es sich an Regeln halten ☐ nein ☐ ja
- Macht es Rollenspiele ☐ nein ☐ ja
- Neigt Ihr Kind zu heftigen Wutanfällen ☐ nein ☐ ja
- Hält es sich an Regeln / Absprachen ☐ nein ☐ ja
- Kann Ihr Kind still sitzen ☐ nein ☐ ja
- Wirkt Ihr Kind zufrieden ☐ nein ☐ ja
- Ist es sehr ängstlich ☐ nein ☐ ja
- Trennungsängstlich ☐ nein ☐ ja
- Kann es sich selbst beschäftigen ☐ nein ☐ ja
- Ist es distanzlos ☐ nein ☐ ja

Hat Ihr Kind eine Krabbelgruppe besucht? ☐ nein, ☐ ja im Zeitraum _____

Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht bzw. besucht es ihn? ☐ nein ☐ ja im Zeitraum _____

Hatte/Hat es Freunde? ☐ nein, ☐ ja

Gab es Auffälligkeiten im Kontakt mit anderen Kindern? ☐ nein ☐ ja Welche?

Fühlen oder fühlten Sie sich von Ihrem Kind überfordert?

Wer unterstützt Sie in der Betreuung Ihres Kindes?

Sind Sie und Mann/Partner sich einig in der Erziehung?

Schulzeit

In welchem Jahr wurde/wird Ihr Kind eingeschult?

Hat Ihr Kind einen Schulbegleiter? 0 ja, 0 nein ; wenn ja, seit wann und wie kommt es mit diesem zurecht

Welche Schule wird besucht ? Wie heißt die Schule? Welche Klasse?

Welche weiterführende Schule wurde in der 4. Klasse von den Lehrern empfohlen?

Gibt es einen Förderstatus in der Schule oder wird Förderunterricht besucht? Wenn ja, welchen?

Gibt es Schulprobleme?

Besucht Ihr Kind die schulische Nachmittagsbetreuung?

Gibt es Nachhilfeunterricht? In welchem Fach?

Welches sind die Lieblingsfächer?

Welche Fächer sind schwierig?

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Wie ist die soziale Integration in der Schule?

Wie funktioniert es mit den Hausaufgaben?

Welchen Kontakt haben Sie als Bezugsperson zur Schule?

Gesundheitliche Entwicklung

Welche chronischen Erkrankungen bestehen? Seit wann?

Bestehen Allergien? ☐ nein ☐ ja, welche

Gab es größere Unfälle oder Krankenhausaufenthalte? ☐ nein ☐ ja welche und wann?

Hat Ihr Kind regelmäßig eingenommene Medikamente? Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____, von wem verordnet: _____

Gab es Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Gibt oder gab es Hör- oder Sehprobleme?

Trägt Ihr Kind eine Brille?

Freizeit und soziale Kontakte

Besteht eine Vereinsmitgliedschaft oder andere regelmäßige Freizeitaktivitäten

Was wird am liebsten gespielt bzw. womit verbringt es hauptsächlich seine Freizeit?

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Gibt es gute Kontakte? ☐ ja, ☐ nein

Wie oft in der Woche wird sich schätzungsweise mit Freunden getroffen? ☐ jeden Tag, ☐ 3-5x, ☐ 1-2x, ☐ gar nicht

Gibt es Probleme bei der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen?

Gibt es übermäßige Angst vor neuen Situationen / vor bestimmten Gegenständen?

Interessen und Fähigkeiten:

Wichtige Ressourcen:

Konsum elektronischer Medien

Welche elektronischen Medien werden am meisten konsumiert?

Wieviel Stunden täglich werden diese Medien konsumiert?

☐ an Schultagen: Stunden pro Tag; ☐ an schulfreien Tagen: Stunden pro Tag

Gibt es diesbezüglich Streitigkeiten?

Verhaltensauffälligkeiten

Grad der Auffälligkeit (leicht, mittel, schwer)

- **Störung des Interaktionsverhaltens:**
- **Fühlt sich häufig Schuldig:**
- **Aktivität und Aufmerksamkeit:**
- **Psychomotorik / Tics:**
- **Entwicklungsstörungen:**
- **Ängste:**
- **Stimmung und Affekt:**
- **Zwänge:**

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

- **Essstörung:**
- **Funktionelle und somatoforme Störungen:**
- **Inhaltliche Denkstörungen / Psychotisches Erleben:**
- **Abhängigkeit von psychotropen Substanzen:**
- **Selbstschädigung / Suizidalität:**

Psychosoziale Belastungen

Informationen zu häuslicher Gewalt, Substanzmissbrauch, Kriminalität und anderen psychosozialen Belastungen:

Migrationsgeschichte der Familie, kulturelle Besonderheiten und sprachliche Aspekte:

Erziehungsverhalten

Wie würden Sie ihren Erziehungsstil beschreiben?

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen deutlich?

Gibt es Taschengeld? Wenn ja, wie viel?

Was macht es in der Regel mit dem Taschengeld?

Wird das Kinder/der Jugendliche in häusliche Arbeiten herangezogen?

Eigene Kindheit (der Sorgeberechtigten)

Wie haben Sie den Erziehungsstil Ihrer Eltern erlebt? Was ist Ihnen aus Ihrer Kindheit besonders in Erinnerung geblieben?

Wie gestalten Sie ihr soziales Leben (gesellig, gerne zuhause, viele Einladungen, Immer offene Türen?

Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und ihrem Kind beschreiben?

Was finden Sie an ihrem Kind besonders gut, womit sind Sie besonders zufrieden?

Wie stellen Sie sich ihre familiäre und persönliche Situation vor, wenn die Probleme nicht mehr da sind?

Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Einwilligung in die Datenverarbeitung:

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern und Bezugspersonen,

mit unserer *Patienteninformation zum Datenschutz* haben wir Sie bereits darüber informiert, dass personenbezogene Daten nur dann an Dritte weitergegeben werden dürfen, wenn dies gesetzlich vorgesehen ist – zum Beispiel im Rahmen der Behandlung oder zur Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung – oder wenn Sie uns ausdrücklich Ihre Zustimmung erteilen (Schweigepflichtentbindung). Um im Rahmen der Behandlung medizinisch notwendige Informationen, etwa über Arztbriefe, an weitere beteiligte Fachpersonen wie Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen oder Kliniken weitergeben zu dürfen, benötigen wir Ihre **Einwilligung**. Ohne diese Zustimmung ist es uns nicht möglich, andere Behandelnde oder unterstützende Stellen umfassend über den bisherigen Verlauf zu informieren. In diesem Fall müssten Sie relevante Informationen selbst weitergeben. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass:

- die personenbezogenen Daten Ihres Kindes zu Behandlungs- und Abrechnungszwecken in unserer Praxissoftware gespeichert werden,
- die zur Abrechnung notwendigen Daten an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden,
- eine kontaktlose Kommunikation zur Terminvereinbarung ggf. auch per E-Mail (ohne Namensnennung) erfolgen darf,
- im Falle einer vorliegenden Überweisung ein Befundbericht an die überweisende Praxis gesendet werden darf (diesen können Sie selbstverständlich jederzeit einsehen).

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle bis zu diesem Zeitpunkt vorgenommenen Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig. **Ich bestätige, dass ich das Sorgerecht für mein Kind innehabe und mit der oben beschriebenen Datenverarbeitung einverstanden bin.**

() Ich stimme der Datenschutzerklärung zu.

Datum & Unterschrift für Einverständniserklärung Elternteil 1 (kann auch je nach Fall Pflegeeltern oder Vormund betreffen)

() Die oben genannten Punkte habe ich zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden

Datum & Unterschrift für Einverständniserklärung Elternteil 2 (im Falle getrenntlebender Eltern bzw. im Falle von geteiltem Sorgerecht)

Der Anmeldebogen wurde ausgefüllt von Elternteil 1 Vorname, Nachname):

Der Anmeldebogen wurde bestätigt von Elternteil 2 (Vorname, Nachname):

Ort/Datum Unterschrift Elternteil 1 _____

Ort/Datum Unterschrift Elternteil 2 _____

Ort/Datum Unterschrift volljähriger Patient _____

Praxis für Psychotherapie M.A., M.Sc. Lara Seifert
Kinder- und Jugendpsychotherapie & psychologische Psychotherapeutin
An der Kehre 3, 32689 Kalletal

Wichtige Informationen & Einverständniserklärung

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern, liebe Sorgeberechtigten

um einen reibungslosen Ablauf in unserer Praxis zu gewährleisten, bitten wir Sie, die folgenden Punkte aufmerksam zu lesen und zu berücksichtigen:

1. **Terminpraxis & Ausfallhonorar**
Unsere Praxis arbeitet nach dem Prinzip einer Terminvergabe. Die vereinbarten Zeiten sind fest für Sie bzw. Ihr Kind reserviert, wodurch Wartezeiten in der Regel entfallen. Bitte sagen Sie Termine, die Sie nicht wahrnehmen können, mindestens **48 Stunden im Voraus (werktags: Mo–Fr)** ab. Bei kurzfristigen Erkrankungen bitten wir um **sofortige Mitteilung** mit Krankmeldung.
Bei Nichterscheinen ohne rechtzeitige Absage müssen wir ein Ausfallhonorar in Höhe von 60,- € berechnen.
2. **Privatleistungen (Gutachten, Stellungnahmen etc.)**
Leistungen wie z. B. Stellungnahmen für das Jugendamt, fachärztliche Bescheinigungen oder Gutachten sind **nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen** enthalten. Diese werden daher **privat in Rechnung gestellt**.
3. **Abrechnung nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte)**
Die Abrechnung privatärztlicher Leistungen erfolgt auf Grundlage der GOÄ. Je nach Aufwand und Schwierigkeitsgrad liegt der Steigerungssatz zwischen dem 1,0- und 3,5-fachen Satz.
Rechnungen sind **unabhängig von der Erstattung durch Ihre private Krankenversicherung oder Beihilfestelle sofort nach Rechnungsstellung fällig (§12 GOÄ)**.
Für neuartige oder nicht eindeutig gelistete Leistungen erfolgt ggf. eine **analoge Berechnung gemäß §6 Abs. 2 GOÄ**. Bitte beachten Sie, dass **eine vollständige Erstattung durch private Krankenversicherungen oder Beihilfestellen nicht garantiert** werden kann.
Mit meiner Unterschrift erkenne ich an, dass ich die Kosten der Behandlung in vollem Umfang selbst trage.
4. **Terminreminder**
Ich bin einverstanden, bei Bedarf eine Terminreminder per E-Mail, SMS oder auf anderem Wege zu erhalten.
5. **Fotos / Videoaufnahmen zur Dokumentation**
Ich bin damit einverstanden, dass zur **Befunddokumentation oder internen Qualitätssicherung** ggf. Fotos oder Videoaufnahmen meines Kindes erstellt und genutzt werden.
6. **Vollständige Anmeldung erforderlich**
Für eine Terminvergabe benötigen wir einen **vollständig ausgefüllten Anmeldebogen**, der uns online, per Fax oder postalisch vorliegt.
7. **Bitte bringen Sie zum Termin mit:**
 - Kopie der letzten zwei Schulzeugnisse
 - Kopien von relevanten Arztbriefen, Befunden oder Testergebnissen (falls vorhanden)
 - Gelbes Untersuchungsheft (Vorsorgeuntersuchungen)
 - Krankenversicherungskarte (Versichertenkarte) Ihres Kindes

Vielen Dank für Ihre Unterstützung und Ihr Verständnis!

Datum & Unterschrift der Sorgeberechtigten oder volljährigen Patient*innen
