



Winkelriedstrasse 30A  
6003 Luzern

martina.diener@psychologie.ch / 078 215 90 11  
marianne.boller@psychologie.ch / 078 258 95 80

## Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche

### I. ANGABEN ZUM KIND

---

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Geschlecht

---

Adresse

---

Telefonnummer(n)

Emailadresse

---

Muttersprache

Allfällige weitere Sprachen

---

Behandelnde/r Kinderarzt/Kinderärztin

### II. ANMELDEGRUND

1. Aus welchem Grund wünschen Sie für Ihr Kind psychotherapeutische Unterstützung?

---

---

---

2. Seit wann bestehen die Probleme? \_\_\_\_\_

3. Was erhoffen Sie sich durch die Therapie?

---

---

### III. ANGABEN ZU DEN ELTERN (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

#### 1. Mutter

---

Name und Vorname	Geburtsdatum	Nationalität
------------------	--------------	--------------

---

Adresse (falls abweichend)

---

Telefonnummer(n)	Emailadresse
------------------	--------------

---

Beruf

---

vollzeit     teilzeit     arbeitssuchend     Hausfrau

---

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen:

#### 2. Vater

---

Name und Vorname	Geburtsdatum	Nationalität
------------------	--------------	--------------

---

Adresse (falls abweichend)

---

Telefonnummer(n)	Emailadresse
------------------	--------------

---

Beruf

---

vollzeit     teilzeit     arbeitssuchend     Hausmann

---

Psychische und/oder körperliche Erkrankungen

Eltern leben     zusammen     getrennt

Kind lebt bei     beiden Eltern     Mutter     Vater

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Sorgerecht:     Gemeinsames Sorgerecht  
 Alleiniges Sorgerecht bei: \_\_\_\_\_

**IV. ANGABEN ZU ANDEREN VERTRETUNGSBERECHTIGTEN PERSONEN/STELLEN**  
(falls zutreffend bitte ausfüllen).

---

Name und Vorname der/des Vertretungsberechtigten

---

Adresse (falls abweichend)

---

Telefonnummer(n)

Emailadresse

---

Seit wann

**V. Angaben zu Geschwistern/Halbgeschwistern (HG) und Stiefgeschwistern (SG)**

Name und Vorname des Kindes

Geburtsdatum

---

---

---

---

---

Wie viele Geschwister (auch Halb-/Stiefgeschwister) leben mit im Haushalt? \_\_\_\_\_

Mit untenstehender Unterschrift bestätige ich, dass obgenannte Angaben korrekt sind. Bei gemeinsamer elterlicher Sorge: Hiermit versichere ich, dass ich die Einwilligung in die ambulante Behandlung unseres Kindes mit Einverständnis des nicht anwesenden anderen Elternteils erkläre und dass ich zur Abgabe dieser Erklärung berechtigt bin.

---

Ort, Datum

Unterschrift der Mutter/des Vaters

## VI. VORGESCHICHTE

### 1. Geburt

- a) Geplante Schwangerschaft  nein  ja
- b) Kinderwunschbehandlung  nein  ja
- c) Schwangerschaftskomplikationen  nein  
 ja, welche: \_\_\_\_\_
- d) Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Geburtslänge: \_\_\_\_\_ Kopfumfang: \_\_\_\_\_
- e) Geburt in Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_
- f) Apgar-Werte: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- g) Komplikationen bei oder kurz nach der Geburt  
 nein  ja beim Kind: \_\_\_\_\_  
bei der Mutter \_\_\_\_\_
- h) Geburtsmodus:  Spontangeburt  Zangengeburt  Vakuumextraktion  
 Geplanter Kaiserschnitt  Notkaiserschnitt

### 1. Entwicklung im Kleinkindalter

- a) Meilensteine der Entwicklung
- freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Erste Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Erste Sätze mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Tags trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten
- Nachts trocken mit \_\_\_\_\_ Monaten
- b) Auffälligkeiten in den ersten Lebensjahren  
z.B. Unruhe, Schlafen, Essen, in sozialen Kontakten)
- nein  ja, diese \_\_\_\_\_

### 3. Spielverhalten

a) was spielt/unternimmt ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Kann sich Ihr Kind alleine beschäftigen?  nein  ja

c) Kann sich Ihr Kind ausdauernd beschäftigen?  nein  ja

d) Hat Ihr Kind Freunde/Freundinnen?  nein  ja

e) Kann ihr Kind mit Freunden längere Zeit ohne Streit spielen?  nein  ja

### 4. Verhalten und Emotionen

a) Was beobachten Sie bei Ihrem Kind? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Vorschulische Entwicklung

a) Besuch Kita  nein  ja

b) Besuch Spielgruppe:  nein  ja

c) Gab es Trennungsschwierigkeiten?  nein  ja

d) Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Beschreiben Sie das Verhalten Ihres Kindes im Kontakt zu anderen. Welche Stärken, welche Probleme gab es?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6. Schulische Entwicklung

a) Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_

b) Gab es einen Schulwechsel, und falls ja, warum? \_\_\_\_\_

c) Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit? \_\_\_\_\_

d) Gibt es schulische Probleme (Soziales/Lernstoff)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Was sind die Lernstärken/- schwächen Ihres Kindes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**IX. Sonstiges:**

Gibt es aktuell weitere wichtige körperliche oder psychische Beschwerden, die bisher noch nicht genannt wurden? (Schlafprobleme, psychische Probleme, auffälliges Essverhalten etc.)

---

---

---

Vielen Dank fürs Ausfüllen!