



Michael Kurt  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut

Stephanie Kurt  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Kapellenstr. 8a  
D-63179 Obertshausen  
Tel: 06 104 9727 210  
Fax: 06 104 9728 299  
info@praxis-kurt.de  
www.praxis-kurt.de

## Anamnese-/Informationsbogen

### (1) Angaben zum Kind:

Name: ..... geb. am: .....

Anschrift: .....

.....

Sorgeberechtigt:  beide Eltern     Vater     Mutter     andere

Krankenversicherung: .....

Kinderärztliche Praxis (Name u. Adresse): .....

.....

### (2) Aktuelle Probleme:

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind vor?

.....

.....

.....

.....

.....

.....



**(3) Angaben zur (leiblichen) Familie:**

Name der **Mutter**: ..... Geb. am: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

Ausbildung: ..... aktuelle Tätigkeit: .....

Name des **Vaters**: ..... Geb. am: .....

Telefon: ..... Mobil: .....

E-Mail: .....

Ausbildung: ..... aktuelle Tätigkeit: .....

Familienstand der Eltern:  verheiratet  getrennt  geschieden

**Geschwister** (Name, Geburtsdatum, Schulart, Besonderheiten):

.....  
.....  
.....

**(4) Schwangerschaft und Geburt:**

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

Die Geburt erfolgte  rechtzeitig  zu früh: ..... Woche  zu spät: ..... Woche

Modus:  spontan  Kaiserschnitt  sonstiges: .....

Gab es unter der Geburt Besonderheiten:  ja  nein. Wenn ja, welche: .....

.....

Gewicht: ..... Länge: ..... Kopfumfang: ..... APGAR: ...../...../.....



Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei Kind und/oder Mutter?  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

**(5) Frühkindliche Entwicklung, Kleinkindalter und Kindergartenzeit:**

Freies Laufen mit ..... Monaten. Erste Worte mit ..... Monaten.

Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tagsüber mit ..... Jahren, nachts mit ..... Jahren

Wer betreute das Kind überwiegend im 1. Lebensjahr? .....

Verhaltensauffälligkeiten bis zum 3. Lebensjahr: .....

.....

Verhalten im Kindergarten: .....

.....

.....

**(6) Schulzeit:**

Einschulung im Alter von ..... Jahren

Von ..... bis ..... Schulart/Ort: .....

Von ..... bis ..... Schulart/Ort: .....

Von ..... bis ..... Schulart/Ort: .....

Wurde eine Klasse wiederholt?  ja  nein. Wenn ja, welche und warum: .....

.....

Gibt es von Lehrer\*innen berichtete Auffälligkeiten?  ja  nein. Wenn ja, welche: .....

.....

.....

**Bitte Zeugnisse in Kopie beifügen!**



**(7) Körperliche Entwicklung:**

Schwerwiegende oder chronische Erkrankungen:  ja  nein

Wenn ja, welche: .....

Wurde Ihr Kind schon einmal stationär behandelt?  ja  nein

Wenn ja, weshalb: .....

Hat Ihr Kind Allergien?  ja  nein. Wenn ja, welche: .....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente:  ja  nein. Wenn ja, welche (Name und Dosierung):

.....

Raucht Ihr Kind:  ja  nein

Gibt es bei Ihrem Kind Hinweise auf Alkohol- / Drogenmissbrauch?  ja  nein

Wenn ja, welche Drogen: .....

**(8) Angaben zur aktuellen Lebenssituation Ihres Kindes:**

Hobbies / Vereinsaktivitäten:

.....

.....

Wie würden Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben? .....

.....

.....

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind mit Mediennutzung? Welche sind das? .....

.....

.....

.....



**(9) Ressourcen, Charakter und Verlauf:**

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders? Welche Fähigkeiten und Talente hat es?

.....  
.....  
.....

Wie würden Sie das Temperament und Wesen Ihres Kindes beschreiben?

.....  
.....  
.....

Welche Maßnahmen haben Sie bisher hinsichtlich der Probleme Ihres Kindes veranlasst?

.....  
.....  
.....

**Bitte Vorbefunde in Kopie beifügen!**

Gibt es Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, welches? .....

.....

**Sonstiges:** .....

.....

**Bitte senden Sie diesen Informationsbogen per Post oder Fax (nicht per Mail) an die auf der ersten Seite angegebene Adresse.**