

Patient: _____ **Behandler/in:** _____ **Datum:** _____

Vorstellungsanlass:

(Durch wen wurde die Vorstellung veranlasst? Problemschilderung von Patient und/oder Eltern; Seit wann gibt es die geschilderten Probleme? Wo zeigt sich die Schwierigkeit? Wie oft? Bei wem? Entwicklung der Symptomatik?)

Ziele:

Vorbefunde, Vordiagnostik:

Behandlungen? Therapien wegen Problem erhalten?
Elternberatung? Therapie von Eltern?
Fördermaßnahmen: Ergotherapie, Logopädie, Frühförderung, etc.?

Medikamente (Name, Dosis?)

Soziale Anamnese:

Vater: (Alter, Beruf, Ausbildung, Schulabschluss; Migrationshintergrund?)

Geb.:

Mutter: (Alter, Beruf, Ausbildung, Schulabschluss; Migrationshintergrund?)

Geb.:

verheiratet, getrennt, geschieden (seit wann?):

Geschwister: (Alter, welche Schule, leben sie noch zu Hause? Halbgeschwister? Auffälligkeiten bei Geschwistern ? Geschwisterverhältnis?, Geschwisterrivalität?)

Großeltern: (Kontakt? wie sieht der aus?)

Tiere?

Psychiatrische/körperliche Auffälligkeiten bei Familienmitgliedern (z.B. bei Eltern, Großeltern, Tante, Onkel, Cousine, Bruder, Schwester):

sonstige Auffälligkeiten: (z.B. wie wohnt Familie, finanzielle Belastungen, Migrationshintergrund?)

Schule:

(Welche Schule? Name und Schulform; Welche Klasse?; Ist Patient integriert? Hat Patient Freunde?; Klassenlehrer? Wie kommt Patient mit Lehrern zurecht?; Rückmeldungen von Lehrern?)

Leistungen?; Förderkurse?; Private Nachhilfe?

Hausaufgaben (Wie läuft es? ; Wo werden sie gemacht?; Ist Unterstützung nötig?):

Jugendhilfe:

Gab oder gibt es Kontakt zum Jugendamt?

Ansprechpartner + Kontaktdaten:

Gibt es aktuell Jugendhilfemaßnahmen (Familienhilfe, Erziehungsbeistand, Tages- oder Wohngruppe, Integrationskräfte)?

Träger:

Ansprechpartner + Kontaktdaten:

Gibt es abgeschlossene Jugendhilfemaßnahmen?

Freizeit (Hobbies?, Vereine?; Freunde treffen?; Geburtstagsfeiern eingeladen?; Medienkonsum?)

Psychiatrische Anamnese:

Schlafen (Einschlafen; Durchschlafen; Alpträume? Alleine im Bett schlafen oder bei Eltern?):

Essen (normal, zu viel, zu wenig? Horten?, Kontrollverlust?, Erbrechen?, Abführmittel, etc.):

Aufmerksamkeitsprobleme?, Hyperaktivität?, Impulsivität?

Sozialverhalten (Stehlen, Wutausbrüche, Streiten, Schlagen, etc.):

Ängste? Phobien? Panik? Ängstlicher Typ, Trennungsangst?:

Stimmung? Depressiv? Hochgefühle? Stimmungsschwankungen?

Somatisierung? Körperliche Symptome ohne med. Befund? Schmerzen?

Sprachschwierigkeiten? (Verständnis, Aussprache, Stottern, Poltern, Mutismus?):

Tics?

Zwang? Ordnen, Sammeln, Horten, Sauberkeit, Kontrollieren; gedankliche Zwänge?

Sieht, hört oder fühlt Ihr Kind manchmal Dinge, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind? (Halluzination, Wahn; in der Vorgeschichte schon mal aufgetreten, etc.)

ohne Kind: Gab oder gibt es eine sehr belastende Situation, die ihr Kind erlebt hat? (z.B. Gewalt, Tod, sex. Belästigung, etc.):

Sicherungsfragen:

Weglauftendenz?

Selbstverletzendes Verhalten: (Warum? Wie? Wie oft? Wann? Was für Gefühl hinterher? Schon mal deswegen zum Arzt?)

Fremdgefährdendes Verhalten:

Suizidalität: (Suizidgedanken?/Suizidpläne? Wie war es in der Vergangenheit? Wie ist es aktuell? Gibt es Pläne für die Zukunft? Hast Du schon mal daran gedacht, Dir etwas anzutun? Hast Du auch schon mal etwas gemacht?)

Bei Jugendlichen:

Drogenkonsum (Rauchen, Alkohol, andere Drogen):

(Kiffen, Haschisch, Kokain, Heroin, Ecstasy, Pilze, Kakteen, Muskatnuss, etc.)

Schwangerschaft?

Schweigepflichtsentbindung eingeholt für:

Hausarzt

Schule

Jugendamt

Betreuer

Einrichtung

Wunschprobe:

1.

2.

3.

Medizinische Anamnese:

Allergien:

Impfungen:

Kindliche Entwicklung:

Sauberkeitserziehung abgeschlossen?

Einnässen tagsüber/Nachts? Primär/Sekundär?/ Einkoten? Fachärztliche Abklärung erfolgt?

Verdachtsdiagnose(n):

Verordnungsvorschläge: