

## Aufnahmebogen

### **Liebe Eltern,**

bitte lesen Sie diesen Fragebogen sorgfältig durch und füllen ihn möglichst vollständig aus.  
Ihre Angaben dienen als vorläufige Information und sollen den Einblick in die  
Lebensgeschichte Ihres Kindes erleichtern.

Alle Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht  
und werden streng vertraulich behandelt.

Falls der Platz nicht reicht schreiben sie einfach auf der Rückseite weiter  
oder fügen Sie ein Blatt hinzu.

### Das Kind:

Name: \_\_\_\_\_ Geboren am \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Anschrift/Adresse: \_\_\_\_\_ Telefon: Festnetz/Mobil \_\_\_\_\_

### **Sorgerecht**

- Beide Elternteile sind sorgeberechtigt
- Das Sorgerecht für das Kind liegt bei: \_\_\_\_\_

Das Kind **wohnt** bei

- den Eltern
- der Mutter, dem Vater oder an anderer Stelle: \_\_\_\_\_

Zur häuslichen Gemeinschaft gehören noch folgende Personen \_\_\_\_\_

**Kinderarzt/Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Weitere für das Kind/ die Familie bisher in Anspruch genommene  
Ärzte/Beratungsstellen/Therapeuten/Institutionen (z.B. Jugendamt, SPFH, Ansprechpartner):

Welche, wann: \_\_\_\_\_

### **Eltern:**

**Mutter:** Name \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ ggf. Land: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Ausbildung zur: \_\_\_\_\_

Aktuelle berufliche Tätigkeit (Vollzeit, Teilzeit): \_\_\_\_\_

**Vater:** Name \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ ggf. Land: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_ Ausbildung zum: \_\_\_\_\_

Aktuelle berufliche Tätigkeit (Vollzeit, Teilzeit): \_\_\_\_\_

Die **Eltern** sind verheiratet seit: \_\_\_\_\_

- getrennt lebend , geschieden seit: \_\_\_\_\_
- verstorben (wer, wann, welche Umstände?): \_\_\_\_\_

Andere wichtige Bezugspersonen (z.B. neue Lebenspartner): \_\_\_\_\_

**Geschwister** des Kindes:

Vorname	Nachname	Alter	Kiga/Schule/Beruf

### Erkrankungen in der Familie

Sind Ihnen in der **Familie Krankheiten** bekannt, die gehäuft aufgetreten sind (z.B. Zucker-krankheit, Anfallsleiden, Muskelschwäche, Nervenkrankheiten, Erschöpfungszustände)?

- Nein
- Ja, welche: \_\_\_\_\_

Wurde jemand aus der Familie des Kindes wegen Ängsten, Depressionen, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen behandelt? Oder hat/hatte jemand solche Probleme, aber suchte keine Hilfe auf? Wenn ja:

Wer, bitte näher beschreiben: \_\_\_\_\_

### Familiäre Veränderungen

Gab es in den letzten Jahren familiäre Veränderungen (Geburt von Geschwistern, Trennung der Eltern, Tod eines Angehörigen, Einschulung, Schulwechsel, Umzüge, Krankheiten, Unfälle...)

---

---

### Entwicklung Ihres Kindes

Die **Schwangerschaft** war normal:

- Ja
- Nein, belastet durch z.B. Kreislaufkollaps, starkes Schwangerschaftserbrechen, Gewichtsabnahme, sehr starke Gewichtszunahme, Unfall, psychische Belastung, drohende Fehlgeburt, häusliche/familiäre/berufliche Konflikte)

---

Die **Geburt** war normal:

- Ja
- Es gab Geburtskomplikationen z.B. frühe Geburt, Steißlage, vorzeitiger Blasensprung, Infektion, Kaiserschnitt, Saugglocke)

---

Alter der Mutter bei der Geburt : \_\_\_\_\_

Ihr Kind war **nach der Geburt** unauffällig:

- Ja
- Nein, z.B. blaue oder weiße Verfärbung, fehlende Atemtätigkeit, Nabelschnurumschlingung, Herzstillstand, Gelbsucht. Trinkstörungen, Verlegung in Kinderklinik/Brutkasten, Schreikind?)

---

Die **körperliche Entwicklung** des Kindes war normal:

- Ja
- Nein: Sitzen mit \_\_\_ Monaten Laufen mit \_\_\_ Monaten, andere Beeinträchtigungen \_\_\_\_\_

Die **sprachliche Entwicklung** war normal:

- Ja
- Nein: z.B. spricht kaum, unverständlich, stottert, vertauscht Buchstaben, lispelt) \_\_\_\_\_

Die **Ernährung** des Kindes war bislang normal:

- Ja
- Nein, z.B. Trink-/Essstörungen, heimliches Erbrechen \_\_\_\_\_

Die **Sauberkeitsentwicklung**(trocken werden, sauber werden)war altersentsprechend:

- Ja
- Nein, welche Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind erneut eingenässt/eingekotet, nachdem es längere Zeit trocken/sauber war?

- Nein
- Ja (Beschreibung) \_\_\_\_\_

Ihr Kind hat einen normalen **Schlaf**:

- Ja
- Nein, z.B. Ein- Durchschlafprobleme, Alpträume, Angst im Dunkeln: \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einmal **Krämpfe** gehabt:

- Nein
- Ja (z.B. Fieberkrämpfe, epileptische Anfälle, ...): \_\_\_\_\_ Medikamente \_\_\_\_\_

Gibt es **chronische Erkrankungen** (z.B. Herzfehler, Asthma, Allergien, Störung der Hirnentwicklung)?

- Nein
- Ja, (Beschreibung): \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind regelmäßig **Medikamente**?

- Nein
- Ja , weswegen/welche \_\_\_\_\_

### **Kindergarten**

Kindergartenbesuch von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten (Aggression, Konflikte, Rückzug, Trennungsängste...)?: \_\_\_\_\_

### **Schulbesuch**

Vorschule, von - bis: \_\_\_\_\_

Die Einschulung war altersentsprechend?

- Ja
- Nein, weshalb (z.B. mangelnde soziale, körperliche, kognitive Schulreife, Umzüge der Familie?) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Schulwechsel(nach bzw. in der Klassenstufe: \_\_\_\_\_ weswegen? ) \_\_\_\_\_

Jetzige Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenlehrer/in: \_\_\_\_\_

Das Klassenziel wurde immer erreicht:

- Ja
- Nein. Das Kind hat welche Klasse/n wiederholt? \_\_\_\_\_

Gibt bzw. gab es Konflikte in der Schule, sozialer Rückzug, Leistungseinschränkungen? Seit wann?

---

Ist die Versetzung in die nächste Klassenstufe gefährdet? Ja/nein? \_\_\_\_\_

Gibt es Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben? Welche: \_\_\_\_\_

**Freizeit:**

Was macht Ihr Kind in seiner/ihrer Freizeit? Ist es in einer Jugendgruppe, Verein? Hat es Freunde, spielt es nur für sich alleine z.B. am PC?

---

**Vorstellungsanlass:**

Schildern Sie, warum Sie Ihr Kind bei mir vorstellen:

---

---

---

Seit wann bestehen die Auffälligkeiten? Gibt es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

---

Wo treten die Auffälligkeiten auf? (An bestimmten Orten, in bestimmten Situationen?)

---

Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens bereits an andere Stellen gewandt (z.B. Erziehungsberatungsstellen, Jugendamt, Haus- oder Kinderarzt, sonstige Stellen)?  
Wenn ja, wann, welche?

---

Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen oder empfohlen? Was war hilfreich?

---

Wer hat die Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie empfohlen? \_\_\_\_\_

Wie kann ich Sie unterstützen, damit Sie das Problem, die Schwierigkeiten lösen können?

---

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders? \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Für weitere Fragen und Einzelheiten stehe ich Ihnen gerne im Rahmen eines ambulanten Praxistermins zur Verfügung.

Hermann Gerdemann, Psychotherapeut für Kinder und Jugendliche