

# Anamnesebogen zur Erstvorstellung

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und -psychotherapie

**Dr. med. Sylvie Etrich**

Friedrichstraße 5  
72072 Tübingen  
Tel 07071 9395003  
Fax 07071 9395004  
www.praxis-etrich.de

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Sorgeberechtigte,

dieser Anamnesebogen dient der Ergänzung unseres Erstgesprächs.  
Bitte füllen Sie alle relevanten Felder aus.

**Patient (in)** Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Telefon Patient (mobil): \_\_\_\_\_

Lebt bei:  Mutter  Vater  an anderem Ort: \_\_\_\_\_

Hauptversicherte(r) bzw. Rechnungsempfänger(in):  Mutter  Vater  Patient(in) selbst

## Vorstellungsanlass, aktuelle Problematik:

**Eltern:**  leben zusammen  verheiratet  getrennt seit \_\_\_\_\_  geschieden seit \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**  Mutter  Vater  weitere Person(en): \_\_\_\_\_

**Mutter** Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

(Adresse): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

**Vater** Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

(Adresse): \_\_\_\_\_

Telefon (mobil): \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

<b>Geschwister:</b>	Name	Geburtsdatum	Kindergarten/Schule, Klasse
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

## Erkrankungen in der Familie (psychisch, körperlich, Sucht):

**Bisherige Hilfen:** Therapeut/Klinik/Jugendamt etc. von/bis/seit  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Kleinkindzeit:** Kita, Kindergarten ab Alter  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Probleme:  Trennungsangst  Integration  Spielverhalten  
Sonstiges:

**Schulzeit:** Schule ab Alter  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Probleme:  Konzentration  Lesen  Schreiben  Rechnen  Motivation  
Sonstiges:

**Probleme bei Schwangerschaft und Geburt:**

**Probleme in der Säuglingszeit:**  Schlaf  Füttern  Schreien

**Entwicklungsauffälligkeiten:**  Motorik  Sprache  Sauberkeit  Sozialverhalten

**Körperliche Beschwerden:**

**Allergien:**

**Konsum von Alkohol, Drogen:**

**Aktuelle Medikamente:**

**Weitere wichtige Informationen:**

Das Einverständnis aller Sorgeberechtigten zur Behandlung in der Praxis Dr. Etrich liegt vor:  ja  nein

Der Anamnesebogen wurde ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem nächsten Termin mit oder schicken ihn per Post zurück.

**Vielen Dank!**