

**PRAXIS FÜR KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND  
PSYCHOTHERAPIE**

**Epileptologie - Entwicklungsdiagnostik**

**Priv.-Doz. Dr. med. Wilfried Pott**

**Anamnesebogen**

**(Bitte vollständig ausfüllen!)**

ausgefüllt von: ..... am: .....

**Angaben zum Kind**

Vor- und Nachname des Kindes: .....

Geburtsdatum: ...../...../..... Geschlecht:  männlich  weiblich

Anschrift (ggf. Einrichtung): .....

.....  
versichert durch: .....

Krankenversicherung: .....

Hauptbezugsperson: .....

Telefonnummer: .....

Evtl. Email- Adresse: .....

Sorgeberechtigt:  beide Elternteile  nur Mutter  nur Vater

andere: .....

Sind beide Elternteile mit der Vorstellung einverstanden?  ja  nein

Überweisender Haus-/Kinderarzt (Name/ Anschrift): .....

Grund der Anmeldung (bitte ausreichend ausführlich, evtl. Rückseite nutzen):  
.....  
.....  
.....

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

## **Angaben zur Familie**

Name der Mutter: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

.....

Telefonnummer: .....

Mobil: .....

Ausbildung/ Beruf: .....

Derzeitige Tätigkeit: .....

Bestehen besondere Erkrankungen? .....

.....

Name des Vaters: .....

Geburtsdatum: .....

Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

.....

Telefonnummer: .....

Mobil: .....

Ausbildung/ Beruf: .....

Derzeitige Tätigkeit: .....

Bestehen besondere Erkrankungen? .....

.....

Geschwister/ Halb-/ Stiefgeschwister (Name, Geb.-Datum, Erkrankungen):

.....

.....

.....

## **Angaben zur Entwicklung und medizinischen Vorgeschiede**

### **Schwangerschaft und Geburt**

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?  ja  nein

Wenn ja, welche:

---

Geburt erfolgte  rechtzeitig  zu früh: in der ... SSW.  zu spät: in der .... SSW.

Art:  spontan  Kaiserschnitt  sonstiges: .....

Gab es unter der Geburt Besonderheiten:  ja  nein

Wenn ja, welche:

---

Geburtsgewicht: ..... Länge: ..... Kopfumfang: .....

APGAR-Werte: ..../..../....

Bestanden in den ersten 7 Lebenstagen irgendwelche Auffälligkeiten beim Kind?

ja  nein

Wenn ja, welche:

---

### **Frühkindliche Entwicklung, Kleinkindalter und Kindergartenzeit**

Freies Laufen mit ..... Monaten

Erste Worte mit ..... Monaten, Zweiwortsätze mit ..... Monaten

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

Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter (bis zum 3. Lebensjahr):

---

---

Verhalten im Kindergarten:

---

---

## **Schulzeit**

Einschulung im Alter von ..... Jahren

Von ..... bis ..... Schular: ..... /Ort: .....

Von ..... bis ..... Schular: ..... /Ort: .....

Von ..... bis ..... Schular: ..... /Ort: .....

Wurde eine Klasse wiederholt? ja nein

Wenn ja, welche und warum:

---

---

Gibt es von den Lehrern berichtete Auffälligkeiten? ja nein

Wenn ja, welche:

---

---

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

---

---

## **Vorerkrankungen**

Kinderkrankheiten:

---

---

Schwerwiegende oder chronische Erkrankungen: ja nein

Wenn ja, welche:

---

---

Krankenhausaufenthalte? ja nein

Wenn ja, wann/ weshalb:

---

---

Hat Ihr Kind Allergien? ja nein

Wenn ja, welche:

---

---

## **Vorbehandlungen**

(Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapie, Ergotherapie etc.):  
Zeitraum, Name:

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

Gab es in der Entwicklung des Kindes belastende Lebensereignisse?  
 ja     nein

Wenn ja, welche:

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

## **Weiterhin benötigen wir zum ersten Termin:**

- Vorbefunde, z.B. über frühere ärztliche oder psychologische Untersuchungen/Behandlungen oder Krankenhausaufenthalte, Vorstellungen in Beratungsstellen.
- Namen der Medikamente, die ihr Kind einnimmt.
- Gelbes Untersuchungsheft.
- Die letzten Schulzeugnisse in Kopie.

### **Einverständniserklärung**

Falls nicht alle Sorgeberechtigten beim Erstgespräch oder bei weiterführenden Terminen anwesend sein können, ist es aus rechtlichen Gründen erforderlich dass der nicht anwesende Sorgeberechtigte die nachfolgende Einverständniserklärung unterzeichnet.

Hiermit erkläre ich mich als Sorgeberechtigte/r

Name: .....

Adresse: .....

.....

Telefonnummer/Email: .....

einverstanden mit der ambulanten Diagnostik / Behandlung

meines Kindes .....

in der Praxis von Dr. Wilfried Pott

Ort, Datum ..... Unterschrift **aller** gesetzlich Sorgeberechtigten / Patient-(in)(**ab 18 Jahre**)