



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Anamnesebogen

Ausgefüllt von:

Ausgefüllt am:

Angaben zum Kind

Vor- und Nachname:

Geburtsdatum:

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich

Anschrift:

Zuständiger Haus-/Kinderarzt (Bitte Angaben zu Name & Anschrift):

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

Grund der Vorstellung/ aktuelle Probleme:

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

Angaben zur Familie

Name, Vorname der Mutter:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: Handy:

Mail:

Ausbildung/ Beruf:

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Psychische/körperliche Erkrankungen:

Name, Vorname des Vaters:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: Handy:

Mail:

Ausbildung/ Beruf:

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Psychische/körperliche Erkrankungen:

Die Eltern sind: ☐ die leiblichen Eltern ☐ Adoptiveltern ☐ Pflegeeltern ☐ andere

Bezugspersonen:

Die Partnerschaft der Eltern ist: ☐ harmonisch ☐ konfliktreich



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Rudolf-Breitscheid-Straße 15
14482 Potsdam

Kontakt
Tel.: 0176 - 20 15 47 32
E-Mail: post@psychotherapie-sass.de

www.psychotherapie-sass.de

Finanzen
IBAN: DE76160500004501312705
BIC: WELADED1PMB
Mittelbrandenburgische Sparkasse

Steuernummer: 046/265/03107



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Bei Trennung der Eltern bitte das geltende Umgangsmodell beschreiben:

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

Name, Vorname der Stiefmutter:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: Handy:

Mail:

Ausbildung/ Beruf:

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Psychische/körperliche Erkrankungen:

Name des Stiefvaters:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer: Handy:

Mail:

Ausbildung/ Beruf:

Derzeitige berufliche Tätigkeit:

Psychische/körperliche Erkrankungen:

Geschwister: (Name, Vornamen & Geburtsdatum):

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

Psychische/körperliche Erkrankungen:

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

Angaben zur Entwicklung und medizinischen Vorgeschichte des Kindes

Schwangerschaft und Geburt

Die Schwangerschaft war: ☐ geplant ☐ ungeplant ☐ gewünscht ☐ unerwünscht

Die Mutter hat während der Schwangerschaft: ☐ geraucht ☐ Alkohol getrunken

☐ Drogen konsumiert ☐ Medikamente eingenommen

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

☐ ja (Bitte beschreiben:)

☐ nein



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Rudolf-Breitscheid-Straße 15
14482 Potsdam

Kontakt

Tel.: 0176 - 20 15 47 32
E-Mail: post@psychotherapie-sass.de

www.psychotherapie-sass.de

Finanzen

IBAN: DE76160500004501312705
BIC: WELADED1PMB
Mittelbrandenburgische Sparkasse

Steuernummer: 046/265/03107



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Die Geburt erfolgte:

- ☐ rechtzeitig
- ☐ zu früh: (in der Woche)
- ☐ zu spät: (in der Woche)
- ☐ spontan
- ☐ per Kaiserschnitt
- ☐ Sonstiges:

Gab es Besonderheiten während der Geburt?

- ☐ ja (Bitte beschreiben:)
 - ☐ nein
- Geburtsgewicht: Geburtslänge: Kopfumfang:
APGAR:/...../.....

Bestanden in den ersten 4 Lebenswochen Auffälligkeiten beim Kind?

- ☐ ja (Bitte beschreiben:)
- ☐ nein

Frühkindliche Entwicklung

Freies Laufen erfolgte mit Monaten
Erste Worte erfolgten mit Monaten
Zweiwortsätze erfolgten mit Monaten

Sauberkeitsentwicklung:

- ☐ abgeschlossen tagsüber mit Jahren
 - ☐ abgeschlossen nachts mit Jahren
 - ☐ ist noch nicht abgeschlossen (Bitte beschreiben:)
- Verhaltensauffälligkeiten im Säuglingsalter:

.....
.....

Vorschulalter

Besuch der Kita

- ☐ ja, im Alter von Jahren
- ☐ nein

Verhaltensauffälligkeiten im Vorschulalter:

.....
.....



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Rudolf-Breitscheid-Straße 15
14482 Potsdam

Kontakt

Tel.: 0176 - 20 15 47 32
E-Mail: post@psychotherapie-sass.de

www.psychotherapie-sass.de

Finanzen

IBAN: DE76160500004501312705
BIC: WELADED1PMB
Mittelbrandenburgische Sparkasse

Steuernummer: 046/265/03107



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Schulalter

Einschulung erfolgte im Alter von Jahren

Schulbesuch:

Von bis Schule Ort:

Von bis Schule Ort:

Von bis Schule Ort:

Wurde eine Klasse wiederholt?

☐ ja (Bitte beschreiben welche & warum:)

☐ nein

Beschreiben Lehrkräfte Probleme/Auffälligkeiten beim Kind?

☐ ja (Bitte beschreiben:)

☐ nein

Angaben zu Freundschaften des Kindes (Vorname & Alter des Kindes):

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

Angaben zu Freizeitaktivitäten des Kindes:

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

Angaben zum Medienverhalten des Kindes:

TV pro Tag: Std.

Handy pro Tag: Std.

Computer/Konsole pro Tag: Std.

Angaben zur gesundheitlichen Entwicklung des Kindes

Bestehen schwerwiegende oder chronische Erkrankungen?

☐ ja (Bitte beschreiben:)

☐ nein

Gab es bisher Krankenhausaufenthalte?

☐ ja (Bitte beschreiben:)

☐ nein

Hat das Kind Allergien?

☐ ja (Bitte beschreiben:)

☐ nein



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Rudolf-Breitscheid-Straße 15
14482 Potsdam

Kontakt

Tel.: 0176 - 20 15 47 32
E-Mail: post@psychotherapie-sass.de

www.psychotherapie-sass.de

Finanzen

IBAN: DE76160500004501312705
BIC: WELADED1PMB
Mittelbrandenburgische Sparkasse

Steuernummer: 046/265/03107



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente?

- ☐ ja (Bitte beschreiben:)
☐ nein

Bisherige Hilfen (z.B. Logopädie, Ergotherapie, ambulante oder stationäre Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiater, Jugendhilfemaßnahmen; ggf. bitte beschreiben):

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

Angaben zu belastenden Lebensereignissen

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

Vielen Dank!



Psychotherapie Grit Saß
Diplom-Psychologin
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Rudolf-Breitscheid-Straße 15
14482 Potsdam

Kontakt

Tel.: 0176 - 20 15 47 32
E-Mail: post@psychotherapie-sass.de

www.psychotherapie-sass.de

Finanzen

IBAN: DE76160500004501312705
BIC: WELADED1PMB
Mittelbrandenburgische Sparkasse

Steuernummer: 046/265/03107