



Center for child & adolescent psychiatry & psychotherapy  
Kinder- & Jugendpsychiatrische Praxis

**Klaus Werner Heuschen**

## Eltern-Anamnese-Bogen

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund: \_\_\_\_\_

Beginn des Problemverhaltens: \_\_\_\_\_

Familienverhältnisse: \_\_\_\_\_

Geschwister: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

### Säuglings- und Kleinkindalter

Schwangerschaftsverlauf (Rauchen, Alkoholgenuss in der Schwangerschaft, Wehenhemmer etc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Geburt (Sauerstoffmangel etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vorsorgeuntersuchungen (U1 bis U9): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motorische Entwicklung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie

K. Werner Heuschen

Artilleriestr. 13

80636 München

+49.(0)89.3090566-40

+49.(0)89.3090566-44

sekretariat@heuschen-kjpp.de

www.heuschen-kjpp.de

Bankverbindung K. Werner Heuschen

Stadtparkasse München

IBAN: DE76 7015 0000 0087 2170 30

BIC: SSKMDEMMXXX

Steuer-ID/TIN: 147/198/50333



---

Sprachentwicklung: \_\_\_\_\_

---

Sauberkeitsentwicklung: \_\_\_\_\_

## **Kindergartenalter**

Verhaltensauffälligkeiten (Trennungsprobleme, Hyperaktivität etc.):

---

---

---

Krankheiten/Operationen/Unfälle/Allergien (Epilepsie, Hirnhautentzündung, Schädelhirntrauma etc.):

---

---

---

## **Schulzeit**

Einschulung: \_\_\_\_\_

---

Hortbesuch oder andere Einrichtung: \_\_\_\_\_

---

Einschneidende Lebensereignisse: \_\_\_\_\_

---

Bisherige Behandlungen, therapeutische Interventionen oder Krankenhausaufenthalte (stationär / ambulant):

---

---

---

---