



Autismus-Therapie-Zentrum gGmbH
Herforder Straße 155 a
33609 Bielefeld

Datum:

Anamnese

Dieser Fragebogen soll den Therapeut*innen und den Berater*innen einen Überblick über die Entwicklung, die gegenwärtige Situation und die Probleme Ihres Kindes ermöglichen. Er erleichtert die Beratung und die Förderung; Ihnen erspart er Zeit. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Personalien

Name des Kindes: _____ Vorname: _____
 Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____
 PLZ/ Wohnort: _____ Straße: _____
 Telefon-Nr.: _____ Handy-Nr.: _____
 Pflegestufe: _____ Konfession: _____
 E-Mail: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familie

Vor- und Nachname des Vaters: _____ Vor- und Nachname der Mutter: _____
 Geburtsdatum: _____ Geburtsdatum: _____
 Beruf: _____ Beruf: _____

Eltern zusammenlebend/ verheiratet/ getrenntlebend/ geschieden/ verwitwet

Sorgerecht: _____

Geschwister

Name Geschwister:

Geburtsdatum der Geschwister

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Kindergarten:

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

von: _____

bis: _____

Bezugsperson: _____

Schule:

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Schulform: _____

Klasse zurzeit: _____

Klassenlehrer*in: _____

Behandelnder Facharzt

Adresse _____

Telefon-Nr. _____

E-Mail: _____

Hausarzt/ Kinderarzt:

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

E-Mail: _____

Psychiatrische Klinikaufenthalte:

Welche Klinik: _____

Aufenthalt: von _____ bis _____

Warum? _____

Welche Klinik: _____

Aufenthalt: von _____ bis _____

Warum? _____

Psychiatrische Diagnostik:

Welche Diagnosen wurden bei ihrem Kind gestellt? (Bitte Kopien der Berichte beilegen!):

Welche Medikamente nimmt ihr Kind?

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Welche Sorgen macht Ihnen Ihr Kind?

Wurde Ihr Kind schon therapeutisch behandelt? Wenn ja, in welcher Form und durch wen?

Wann wurden erste Auffälligkeiten bei Ihrem Kind bemerkt?

Welche?

Durch wen?

Bitte schicken Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt, spätestens aber drei Tage, vor Ihrem Erstgesprächstermin zu.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!