



---

Dipl.-Soz.-Päd.  
Kinder- und  
Jugendlichenpsychotherapeutin

Christina Wehleit  
Hindenburgstr. 74  
27442 Gnarrenburg

---

04763- 9378083  
info@praxis-wehleit.de

## **Anamnestischer Fragebogen für Jugendliche**

### **1. Persönliche Angaben**

Name: ..... Geb.Dat: .....

Vorname: ..... Alter: .....

Geb.Ort: .....

Straße: ..... Telefon: .....

Wohnort (+PLZ): .....

Email: .....

### **2. Allgemeine psychosoziale Situation und Familie**

Staatsangehörigkeit: 0 Deutsch andere Nationalität .....

Aktueller Familienstand der Eltern (Mehrfachankreuzungen sind möglich):

#### **der Mutter**

0 ledig 0 geschieden  
0 verheiratet 0 verwitwet  
0 getrennt lebend 0 wieder verheiratet

#### **des Vaters**

0 ledig 0 geschieden  
0 verheiratet 0 verwitwet  
0 getrennt lebend 0 wieder verheiratet

Anzahl leiblicher Geschwister, Halbgeschwister, Adoptivgeschwister mit Geburtsdatum:

.....  
.....

Wer lebt mit im Haushalt: .....

.....

Wer hat das Sorgerecht?  Mutter  Vater  andere .....

Gibt es aktuell offenen Fragen im Sorgerecht?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Gab es früher oder gibt es aktuell Maßnahmen der Jugendhilfe bzw. Kontakt zum Jugendamt?

ja  nein

Wenn ja, wann und welche? .....

Wie sind die Erfahrungen mit dem Jugendamt?

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

Welchen höchsten Schulabschluss hast du? (bei Ausbildungen im Ausland bitte Vergleichbares wählen)  noch in der Schule  kein Schulabschluss  Sonderschulabschluss  Hauptschulabschluss  Realschulabschluss /  mittlere Reife /  Fachabitur /  Abitur  sonstiges

Falls du momentan eine Schule besuchst:

Name der Schule: .....

genaue Adresse: .....

E-Mail-Adresse: ..... Tel.: .....

welche Schulart: ..... welche Klasse: .....

Betreuer oder Klassenlehrer/ -in: .....

Wie kommst du in der Schule zurecht, was macht dir Freude, womit hast du Schwierigkeiten?

.....  
.....

Hast du Fehlzeiten in der Schule (wie viele Fehltage im letzten halben Jahr)? Wie viele sind unentschuldigt? Was führt zu den Fehlzeiten?

.....  
.....

Was machst du gerne in der Freizeit?

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

Wieviel Stunden am Tag verbringst du am Bildschirm (TV, PC, Internet, Spielkonsole)? .....

Hast du Freunde/ Freundinnen?.....

.....

Welche Hobbies hast du?.....

.....

**3. Zur gesundheitlichen Situation:**

Körpergröße: .....cm                      aktuelles Gewicht: .....kg

Welche Medikamente nimmst du ein? Bitte Name und Dosierung der Präparate und den Zeitraum der Einnahme angeben? .....

.....

.....

Welche größeren Unfälle hattest du und in welchen Jahren?.....

.....

Hattest du Operationen (welche, wann, welche Klinik)?.....

.....

Gab es/ gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen von Familienangehörigen?

.....

.....

Gibt es schwere Schicksalschläge?.....

.....

Hast du Straftaten begangen? Welche?.....

.....

Warst du schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja: Wann?.....

.....Bei wem?.....

Rauchst du? Wenn ja! Wie viel? .....

Konsumierst du Drogen oder Alkohol?.....

Wie oft?.....

Hast du Erfahrung mit körperlicher oder sexueller Gewalt gemacht?.....

.....

Unter welchen dieser Beschwerden (weshalb du eine Therapie wünschst) leidest du derzeit am meisten und wie lange schon?

.....

.....

.....

Hast du an Selbstmord gedacht oder gab es Selbstmordhandlungen? Wenn ja? Welche?.....

.....

Fügst du dir Selbstverletzungen zu? Wenn ja? Wie und wo? .....

.....

**4. Entwicklung: (bitte informieren Sie sich bei Ihren Eltern über diese Dinge)**

Schwangerschaftsverlauf: .....

.....

Geburtsverlauf, Geburtskomplikationen (Brutkasten, Intensivstation): .....

.....

Geburtsgewicht: ..... Größe: .....

Gab es in deiner Geschichte folgende Auffälligkeiten:

- 0 Einnässen 0 Einkoten 0 Aggression gegen Andere 0 Aggression gegen sich selbst
- 0 Geschwisterrivalität 0 Streitereien 0 Nägelkauen 0 Haare ausreißen 0 Kopf gegen die Wand hauen
- 0 Konzentrationsstörungen 0 Unruhe 0 Tagträumen 0 Schlafstörungen 0 Sexualisiertes Verhalten
- 0 Weglaufen 0 Ungehorsam 0 Ungesundes Fernsehverhalten 0 Ungesunder Umgang mit Computer oder Videospiele 0 Schwierigkeiten Freunde zu finden 0 Essstörungen 0 Stehlen 0 Sonstiges

.....  
.....  
Ab wann hast du den Kindergarten besucht?.....

Hattest du im Kindergarten Freunde?.....

Gab es Besonderheiten bei der Einschulung?.....  
.....

Gab es Besonderheiten in der Grundschulzeit? (z.B. Schulwechsel, Umzug, Mobbing) .....  
.....

Gab es Besonderheiten in der weiterführenden Schule?.....  
.....

Wie war/ ist Ihr Verhältnis zu Geschwistern?.....  
.....

Wie war/ ist das Verhältnis zu Ihren Eltern?.....  
.....

**5. Ressourcen**

Was magst du an dir besonders?.....  
.....

Was finden andere an dir positiv? .....  
.....

Was kannst du besonders gut?.....  
.....

Hast du Haustiere?.....

Was möchtest du in der Therapie erreichen?.....  
.....  
.....

Was ist dir sonst noch wichtig mitzuteilen? .....

.....

.....

Vielen Dank für deine Bemühungen und das Vertrauen. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Wenn der Platz an manchen Stellen nicht ausreicht, bitte ein zusätzliches Blatt nehmen!

Datum: ..... Unterschrift:.....