

Anamnesebogen für das Erstgespräch

Liebe Eltern, liebe Jugendliche! Damit wir die Zeit im Erstgespräch möglichst gut für Ihr Anliegen nutzen können, bitten wir Sie, diesen Bogen vorab in Ruhe auszufüllen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten – Ihre Einschätzung ist für uns wertvoll. Was Sie nicht wissen oder nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei; wir besprechen es dann gemeinsam. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Bitte zum Erstgespräch mitbringen: diesen ausgefüllten Bogen · e-card · Zuweisung (falls vorhanden) · Mutter-Kind-Pass · vorhandene Befunde, Arztbriefe, psychologische Gutachten, Entwicklungsberichte · aktuelle Medikamentenliste · letztes Schulzeugnis bzw. Schulnachricht · bei getrennt lebenden Eltern: Nachweis der Obsorge.

Keine Notfalleinrichtung. Unsere Ordination arbeitet ausschließlich mit vereinbarten Terminen und kann keine Akutversorgung leisten. Bei akuten Krisen – auch während Sie auf das Erstgespräch warten – wenden Sie sich bitte an die **Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz des Kepler Universitätsklinikums, Neuromed Campus** (Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Tel. 05 7680 87-35131). Weitere Anlaufstellen siehe Abschnitt 4.

1 Angaben zum Kind / Jugendlichen

Familienname	Vorname	Geburtsdatum
Sozialversicherungsnummer	Krankenversicherung	Geschlecht
Straße, Hausnummer	Postleitzahl, Ort	Staatsbürgerschaft
Muttersprache / zu Hause gesprochene Sprache(n)	Kinderarzt / Kinderärztin bzw. Hausarzt / Hausärztin	Telefon Kinderarzt

2 Erziehungsberechtigte und Kontakt

Mutter: Name	Telefon	E-Mail
Vater: Name	Telefon	E-Mail
Weitere Bezugsperson (z. B. Stiefelternteil, Pflegeeltern,	Telefon	

Obsorge (Sorgerecht) liegt bei ☐ beiden Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Kinder- und Jugendhilfe / andere

Bogen ausgefüllt von ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Jugendliche/r selbst ☐ andere Person

Bevorzugter Kontaktweg für Terminangelegenheiten ☐ E-Mail ☐ Telefon ☐ beides

3 Anlass der Vorstellung

Wer hat die Vorstellung angeregt?

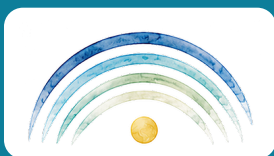
- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Zuweisung Kinderarzt / Hausarzt | ☐ Empfehlung Schule / Kindergarten | ☐ Empfehlung Psychologe / Psychotherapeutin |
| ☐ Klinik / Ambulanz | ☐ Kinder- und Jugendhilfe | ☐ eigene Initiative |

Was ist der Hauptgrund für die Vorstellung? Was macht Ihnen am meisten Sorgen?

Bitte in eigenen Worten – gerne auch aus Sicht des Kindes / Jugendlichen.

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten?

Gab es einen Auslöser oder ein besonderes Ereignis?



Name des Kindes / Jugendlichen:

Was erwarten bzw. wünschen Sie sich von der Vorstellung in unserer Praxis?

4

Aktuelle Auffälligkeiten und Beschwerden

Bitte ankreuzen, was aktuell zutrifft (Mehrfachnennung möglich):

- | | |
|--|--|
| ☐ Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme | ☐ motorische Unruhe, Zappeligkeit |
| ☐ Impulsivität, „Erst handeln, dann denken“ | ☐ Vergesslichkeit, Chaos bei Aufgaben |
| ☐ Wutausbrüche, Reizbarkeit | ☐ aggressives Verhalten (verbal / körperlich) |
| ☐ Oppositionelles Verhalten, Regelverstöße | ☐ Traurigkeit, Niedergeschlagenheit |
| ☐ Antriebslosigkeit, Interessenverlust | ☐ sozialer Rückzug, wenig Freundschaften |
| ☐ Ängste (Trennung, Schule, soziale Situationen, spezifische) | ☐ Panikattacken |
| ☐ Zwangsgedanken / Zwangshandlungen | ☐ Tics (motorisch / vokal) |
| ☐ Schlafprobleme (Ein- / Durchschlafen, Alpträume) | ☐ Essverhalten (Restriktion, Essanfälle, Gewichtsverlust) |
| ☐ körperliche Beschwerden ohne organischen Befund (Bauch-, Kopfschmerzen) | ☐ Einnässen / Einkoten |
| ☐ Selbstverletzendes Verhalten | ☐ Suizidgedanken oder -äußerungen |
| ☐ Schulverweigerung, Schulabsentismus | ☐ Leistungsabfall in der Schule |
| ☐ Lese-Rechtschreib- oder Rechenschwäche | ☐ Sprach- / Sprechauffälligkeiten |
| ☐ Schwierigkeiten im sozialen Miteinander, Sonderinteressen, Rituale | ☐ übermäßiger Medienkonsum (Gaming, Social Media) |
| ☐ Konsum von Nikotin, Alkohol, Cannabis, anderen Substanzen | ☐ Erleben von Mobbing |
| ☐ Stimmungsschwankungen, Hochphasen | ☐ ungewöhnliche Wahrnehmungen, Misstrauen, Rückzug in eigene Welt |

Welche drei Punkte belasten Ihr Kind bzw. Ihre Familie derzeit am stärksten?

Gab es bereits Gefährdungssituationen
(Suizidversuch, schwere Selbstverletzung,
Fremdgefährdung)?

☐ ja ☐ nein

wenn ja, wann:

Akute Krise? Bitte nicht auf den Termin warten. Die Ordination ist keine Notfalleinrichtung. Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung, Suizidgedanken oder einer psychischen Ausnahmesituation:

Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanz, Kepler Universitätsklinikum, Neuromed Campus, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz, Tel. 05 7680 87-35131 · außerhalb der Ambulanzzeiten über die Notaufnahme des Kepler Universitätsklinikums
Notruf 144 bei unmittelbarer Lebensgefahr · **Krisenhilfe Oberösterreich** Tel. 0732 2177 (rund um die Uhr) · **Rat auf Draht** Tel. 147 (für Kinder und Jugendliche, kostenlos, rund um die Uhr)

5

Schwangerschaft, Geburt und frühe Entwicklung

Schwangerschaft

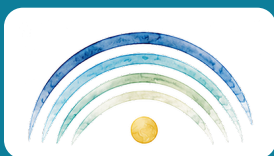
☐ unauffällig ☐ Komplikationen ☐ Nikotin / Alkohol / Medikamente

Geburt in

Geburtsgewicht

Geburtsmodus (spontan / Kaiserschnitt / ...)

Komplikationen bei Geburt



Name des Kindes / Jugendlichen:

Freies Gehen mit (Monate)

Erste Wörter mit (Monate)

Sätze mit (Monate)

Sauberkeit tagsüber mit (Jahre)

Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

☐ altersgemäß☐ verzögert☐ auffällig (Kontakt, Spiel, Motorik)Frühförderung, Logopädie, Ergotherapie,
Physiotherapie in Anspruch genommen?☐ ja☐ nein

was / wann:

Kindergarten / Krippe besucht?

☐ ja☐ nein

ab Alter:

Besonderheiten in der frühen Kindheit (Schreikind, Fütter- oder Schlafprobleme, Trennungsschwierigkeiten, Eingewöhnung)

6

Schule und Ausbildung

Aktuelle Schule / Ausbildungsstätte

Schulform (Volksschule, Mittelschule, AHS, BHS,

Klasse / Schulstufe

Klassenvorstand bzw. Ansprechperson

Telefon / E-Mail Schule

Wegzeit / Schulweg

Schulverlauf (bitte chronologisch, inklusive Kindergarten):

Einrichtung / Schule	Schulform	von - bis	Besonderheiten (Rückstellung, Wiederholung, Wechsel und Grund, Förderklasse)

Einschulung

☐ regulär☐ vorzeitig☐ zurückgestellt☐ Vorschulklasse

Schulische Leistungen derzeit

☐ gut☐ durchschnittlich☐ schwach☐ stark schwankend

Leistungsprofil nach Fächern (bitte ankreuzen):

Deutsch (Lesen / Rechtschreiben)	☐ stark	☐ mittel	☐ schwach	☐ Förderung erhalten
Mathematik	☐ stark	☐ mittel	☐ schwach	☐ Förderung erhalten
Englisch	☐ stark	☐ mittel	☐ schwach	☐ Förderung erhalten
Sachunterricht / Naturwissenschaften	☐ stark	☐ mittel	☐ schwach	☐ Förderung erhalten
Kreative und sportliche Fächer	☐ stark	☐ mittel	☐ schwach	☐ Förderung erhalten

Diagnostizierte Teilleistungsschwäche
(Legasthenie, Dyskalkulie)?☐ ja☐ nein

welche / seit wann:

Sonderpädagogischer Förderbedarf /
Nachteilsausgleich?☐ ja☐ nein

in welchem Bereich:

Schulpsychologie / Beratungslehrkraft /
Schulsozialarbeit einbezogen?☐ ja☐ nein

wann:

Fehltag im letzten Schuljahr

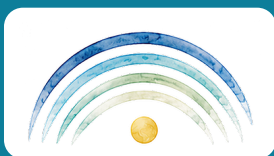
☐ unter 10☐ 10 bis 30☐ über 30

Grund:

Hausaufgaben

☐ selbständig☐ mit Unterstützung☐ regelmäßig Konflikte

Dauer täglich:



Name des Kindes / Jugendlichen:

Mobbing-Erfahrung (Opfer oder Täter/in)?

☐ ja ☐ nein

wann / Form:

Wie beschreiben Lehrkräfte das Verhalten Ihres Kindes im Unterricht, in der Pause und gegenüber Mitschülerinnen und Mitschülern?

Freizeit und Stärken: Was macht Ihr Kind gerne? Worin ist es gut? Was gelingt in der Familie gut?

Stärken und Ressourcen sind für die Behandlungsplanung genauso wichtig wie Probleme.

7

Körperliche Gesundheit und Medikamente

Bekannte Erkrankungen (bitte ankreuzen):

☐ Epilepsie / Fieberkrämpfe

☐ Schädel-Hirn-Trauma,
Gehirnerschütterung

☐ Herzerkrankung,
Herzrhythmusstörung

☐ Schilddrüsenerkrankung

☐ Asthma, Allergien

☐ Neurodermitis

☐ Diabetes

☐ Migräne / häufige Kopfschmerzen

☐ Magen-Darm-Erkrankungen

☐ Seh- oder Hörstörung (Brille,
Hörgerät)

☐ Operationen, Krankenhausaufenthalte

☐ genetische / syndromale Diagnose

Details zu angekreuzten Punkten, weitere Erkrankungen

Letzte Untersuchung Hören / Sehen (Datum, Ergebnis)

Aktuelles Gewicht

Aktuelle Größe (cm)

Plötzliche Herztodesfälle oder Herzerkrankungen vor

Bekannte Medikamentenunverträglichkeiten /

Aktuelle Medikamente (auch Nahrungsergänzungsmittel, Melatonin, pflanzliche Präparate, Verhütungsmittel):

Präparat / Wirkstoff	Dosis und Einnahmezeiten	seit wann	verordnet von	Wirkung / Nebenwirkungen

Frühere Psychopharmaka (z. B. Methylphenidat, Lisdexamfetamin, Atomoxetin, Guanfacin, Antidepressiva, Neuroleptika, Melatonin):

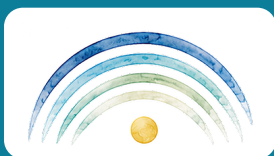
Präparat / Wirkstoff	Höchst dosis	von – bis	Wirkung	Grund des Absetzens / Nebenwirkungen

Wird die Medikation regelmäßig eingenommen? ☐ ja ☐ häufig vergessen ☐ abgelehnt vom Kind

Bisherige Laborkontrollen / EKG im Rahmen einer Medikation?

☐ ja ☐ nein

wann / wo:



Name des Kindes / Jugendlichen:

8 Bisherige Abklärungen, Behandlungen und Vorbehandler

Bitte alle bisherigen Untersuchungen, Behandlungen und beteiligten Fachpersonen eintragen. Befunde nach Möglichkeit mitbringen oder vorab übermitteln.

Fachrichtung / Art (siehe unten)	Name, Einrichtung, Ort	Zeitraum	Anlass, Ergebnis, Diagnose	Befund liegt bei

Fachrichtungen: Kinder- und Jugendpsychiatrie · Klinische Psychologie / Testung · Psychotherapie · Ergotherapie · Logopädie · Physiotherapie · Neuropädiatrie · Klinik stationär / tagesklinisch · Kinder- und Jugendhilfe · Beratungsstelle · Frühförderung

Wurde bereits eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnose gestellt? ☐ ja ☐ nein welche / von wem: _____

Läuft derzeit eine Psychotherapie oder andere Therapie? ☐ ja ☐ nein bei wem / seit wann: _____

Stationärer oder tagesklinischer Aufenthalt (Kinder- und Jugendpsychiatrie)? ☐ ja ☐ nein wo / wann: _____

Liegt ein Gutachten vor (Gericht, Pensionsversicherung, Pflegegeld, Schule)? ☐ ja ☐ nein welches: _____

Besteht Kontakt zur Kinder- und Jugendhilfe (Familienhilfe, Unterstützung der Erziehung, Fremdunterbringung)? ☐ ja ☐ nein Sozialarbeiter/in, Bezirk: _____

Abgebrochene Behandlungen in der Vergangenheit? ☐ ja ☐ nein welche / warum: _____

Was war aus Ihrer Sicht bei bisherigen Behandlungen hilfreich, was nicht?

9 Familie und soziales Umfeld

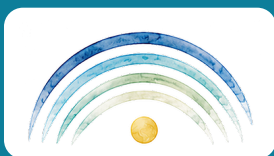
Eltern leben ☐ zusammen ☐ getrennt ☐ geschieden ☐ ein Elternteil verstorben

Kind lebt bei / Wohnsituation (auch Wechselmodell, Pflegefamilie, _____ Falls getrennt: seit wann, Kontakt zum anderen Elternteil _____

Beruf / Tätigkeit Mutter _____ Beruf / Tätigkeit Vater _____

Geschwister:

Vorname	Alter	leiblich / Halb- / Stief-	lebt im Haushalt	Besonderheiten



Name des Kindes / Jugendlichen:

Belastende Ereignisse in der Familie (aktuell oder früher):

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Trennung / Scheidung der Eltern | ☐ Todesfall in der Familie | ☐ schwere Erkrankung eines Familienmitglieds |
| ☐ Umzug / Schulwechsel | ☐ finanzielle Belastung / Arbeitslosigkeit | ☐ Gewalt in der Familie (erlebt oder miterlebt) |
| ☐ Flucht- / Migrationserfahrung | ☐ Unfall / Naturereignis | ☐ Einbeziehung der Kinder- und Jugendhilfe |

Psychische oder neurologische Erkrankungen in der Familie (Eltern, Geschwister, Großeltern, Onkel / Tanten):

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ ADHS | ☐ Depression | ☐ Angststörung |
| ☐ Zwangsstörung | ☐ Bipolare Störung | ☐ Schizophrenie / Psychose |
| ☐ Autismus-Spektrum-Störung | ☐ Tic-Störung / Tourette | ☐ Essstörung |
| ☐ Suchterkrankung | ☐ Suizid / Suizidversuch | ☐ Epilepsie / neurologische Erkrankung |
| ☐ Lese-Rechtschreib-Schwäche | ☐ Intelligenzminderung | ☐ keine bekannt |

Bei wem (Verwandtschaftsgrad) und welche Erkrankung:

10 Alltag, Schlaf und Medien

Üblicher Schlafbeginn (Schultag)	Aufwachzeit (Schultag)	Schlafdauer ungefähr	Schläft alleine? Einschlafhilfen?
Bildschirmzeit an Schultagen (Stunden)	Bildschirmzeit am Wochenende (Stunden)	Womit (Gaming, Social Media, Fernsehen, ...)	
Hobbys, Vereine, Sport	Freundschaften (wie viele, wie eng, seit wann)		

Appetit und Essverhalten ☐ unauffällig ☐ isst wenig / wählerisch ☐ isst viel / Essanfälle ☐ Gewichtssorgen

Was hilft Ihrem Kind, wenn es ihm schlecht geht? Was haben Sie als Familie bereits ausprobiert – mit welchem Erfolg?

11 Für Jugendliche: Deine eigene Sicht

Dieser Teil ist für dich. Du kannst ihn alleine ausfüllen. Was du hier schreibst, besprechen wir im Gespräch mit dir – und nur mit deinem Einverständnis auch mit deinen Eltern, außer es besteht eine Gefahr für dich oder andere.

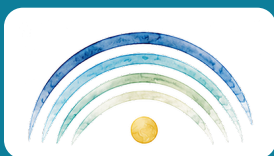
Warum kommst du zu uns – aus deiner Sicht? Was beschäftigt dich gerade am meisten?

Wie geht es dir insgesamt in den letzten zwei Wochen? ☐ sehr gut ☐ eher gut ☐ eher schlecht ☐ sehr schlecht

Kommst du auf eigenen Wunsch? ☐ ja ☐ eher nein ☐ ich wurde geschickt

Was sollte sich ändern, damit es dir besser geht? Was wünschst du dir von uns?

Gibt es etwas, das du zuerst nur mit mir besprechen möchtest?



Name des Kindes / Jugendlichen:

12

Datenschutz, Einwilligungen und Unterschrift

Datenschutzhinweis gemäß Artikel 13 Datenschutz-Grundverordnung

Verantwortlicher: Dr. med. Daniel Stadler, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Blütenstraße 15, 4040 Linz, ordination@kjp-drstadler.at.
Zweck und Rechtsgrundlage: Die in diesem Bogen erhobenen Gesundheitsdaten Ihres Kindes und Ihre Kontaktdaten werden ausschließlich zur kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung, zur Dokumentation und zur Abrechnung verarbeitet (Artikel 6 Absatz 1 Buchstaben b und c sowie Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe h und Absatz 3 Datenschutz-Grundverordnung in Verbindung mit § 51 Ärztegesetz 1998 – Dokumentationspflicht). Freiwillige Zusatzleistungen (Einwilligungen unten) beruhen auf Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe a und Artikel 9 Absatz 2 Buchstabe a Datenschutz-Grundverordnung. **Empfänger:** Sozialversicherungsträger zur Abrechnung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz); Elektronische Gesundheitsakte (ELGA) nach dem Gesundheitstelematikgesetz 2012, soweit kein Widerspruch (Opt-out) bei der ELGA-Widerspruchsstelle erklärt wurde; IT-Dienstleister der Ordination als Auftragsverarbeiter (Artikel 28 Datenschutz-Grundverordnung). Andere Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Schule oder Behörden erhalten Daten nur mit Ihrer gesonderten Einwilligung oder wenn eine gesetzliche Ausnahme von der Verschwiegenheitspflicht besteht (§ 54 Ärztegesetz 1998, insbesondere Mitteilung an die Kinder- und Jugendhilfe bei begründetem Verdacht einer Kindeswohlgefährdung nach § 37 Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013). **Speicherdauer:** mindestens zehn Jahre ab der letzten Behandlung (§ 51 Absatz 3 Ärztegesetz 1998). **Ihre Rechte:** Auskunft und Einsicht in die Krankengeschichte (Artikel 15 Datenschutz-Grundverordnung, § 51 Absatz 1 Ärztegesetz 1998), Berichtigung, Löschung (soweit keine gesetzliche Aufbewahrungspflicht entgegensteht), Einschränkung der Verarbeitung, Widerruf erteilter Einwilligungen mit Wirkung für die Zukunft sowie Beschwerde bei der Österreichischen Datenschutzbehörde (dsb.gv.at). **Freiwilligkeit:** Das Ausfüllen dieses Bogens ist freiwillig; unbeantwortete Fragen haben keinen Nachteil für die Behandlung. **Jugendliche:** Bei entscheidungsfähigen Jugendlichen – ab dem vollendeten 14. Lebensjahr vermutet (§ 173 Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch) – gilt die ärztliche Verschwiegenheit auch gegenüber den Eltern; Informationen werden mit ihrem Einverständnis weitergegeben.

Einwilligungen (bitte einzeln ankreuzen – jede Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden):

- ☐ Befundübermittlung an die zuweisende Ärztin / den zuweisenden Arzt und an die Kinderärztin / den Kinderarzt
- ☐ Entbindung von der Verschwiegenheitspflicht gegenüber den in Abschnitt 8 genannten Vorbehandlerinnen und Vorbehandlern (Austausch von Befunden)
- ☐ Kontaktaufnahme mit der Schule (Klassenvorstand, Schulpsychologie) zur Abstimmung von Fördermaßnahmen
- ☐ Kommunikation per unverschlüsselter E-Mail (Terminorganisation, Befundversand) an die oben angegebene Adresse
- ☐ Terminerinnerung per SMS / E-Mail

Ich bestätige, dass die Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden, dass ich den Datenschutzhinweis gelesen habe und dass ich erziehungsberechtigt bin. Bei gemeinsamer Obsorge bestätige ich, dass der zweite Elternteil mit der Vorstellung einverstanden ist.

Ort, Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r (Name in Blockschrift)

Unterschrift Jugendliche/r (ab 14 Jahren)

Vielen Dank! Bitte bringen Sie den Bogen ausgefüllt zum Erstgespräch mit oder senden Sie ihn vorab an ordination@kjp-drstadler.at. Terminabsagen sind ausschließlich per E-Mail an praxis@kjp-drstadler.at und mindestens 48 Stunden vor dem Termin möglich.