

Familienanamnese:

Patientenname (Vor- und Nachname): _____

Mutter:

1. Alter/Beruf:

Alter _____ Schulabschluss _____ erlernter Beruf _____

Ausgeübter Beruf: _____ Arbeitszeiten: von _____ bis _____

2. Ehe/Partnerschaft:

alleinerziehend: ja () nein () zusammenlebend seit: _____ Ehe seit: _____

Trennung: _____ Scheidung: _____

*Wie empfinden sie z.Zt. das Zusammenleben mit ihrem Partner? (Bitte zutreffendes unterstreichen):
Glücklich; harmonisch; ein nebeneinanderher Leben; angespannt; disharmonisch; ständig Streit; heftige Auseinandersetzungen*

3. Außerfamiliäre Aktivitäten und Kontakte:

4. Beziehung zum Kind: *(bitte zutreffendes unterstreichen)*

glücklich/herzlich; harmonisch; angespannt; ständig heftige Auseinandersetzungen;
ablehnend

5. Erkrankungen:

bisherige ernsthafte, körperliche Erkrankungen (Welche, Wann?) _____

Seelische Belastungen/Erkrankungen /Sucht: (Welche, Wann?) _____

Gewalterfahrungen: (Welche, Wann?) _____

6. Gibt es in der Familie der Mutter

psychische Erkrankungen? _____ Sucht? _____

Gewalterfahrungen? _____ Ähnliche Störungen wie das Kind? _____

Vater:

1. Alter/Beruf:

Alter _____ Schulabschluss _____ erlernter Beruf _____

Ausgeübter Beruf: _____ Arbeitszeiten: von _____ bis _____

2. Ehe/Partnerschaft:

alleinerziehend: ja () nein () zusammenlebend seit: _____ Ehe seit: _____

Trennung: _____ Scheidung: _____

*Wie empfinden sie z.Zt. das Zusammenleben mit ihrem Partner? (Bitte zutreffendes unterstreichen):
Glücklich; harmonisch; ein nebeneinanderher Leben; angespannt; disharmonisch; ständig Streit; heftige Auseinandersetzungen*

3. Außerfamiliäre Aktivitäten und Kontakte:

4. Beziehung zum Kind: *(bitte zutreffendes unterstreichen)*

glücklich/herzlich; harmonisch; angespannt; ständig heftige Auseinandersetzungen;
ablehnend

5. Erkrankungen:

bisherige ernsthafte, körperliche Erkrankungen (Welche, Wann?) _____

Seelische Belastungen/Erkrankungen /Sucht: (Welche, Wann?) _____

Gewalterfahrungen: (Welche, Wann?) _____

6. Gibt es in der Familie des Vaters

psychische Erkrankungen? _____ Sucht? _____

Gewalterfahrungen? _____ Ähnliche Störungen wie das Kind? _____

Geschwister:

1. **Kind:** Name: _____ Alter: _____ Kindergarten? _____

Schule? _____ Klasse: _____

Gab oder gibt es Probleme? _____

Beziehung zum Patienten: _____

2. **Kind:** Name: _____ Alter: _____ Kindergarten? _____

Schule? _____ Klasse: _____

Gab oder gibt es Probleme? _____

Beziehung zum Patienten: _____

3. **Kind:** Name: _____ Alter: _____ Kindergarten? _____

Schule? _____ Klasse: _____

Gab oder gibt es Probleme? _____

Beziehung zum Patienten: _____

Bezugspersonen, die erzieherischen Einfluss auf das Kind haben:

Wer: _____

Alter: _____

Wie oft ist der Kontakt? _____

Wie ist die Beziehung? _____

Wohn- und Finanzielle Verhältnisse:

Ist die Familie zufrieden mit den Wohnverhältnissen? _____

Ist die Familie zufrieden mit den Einkünften? _____

Hat die Familie hohe Belastungen/Schulden? etc... _____

Platz für Sonstiges: