



# Diplom-Psychologe Herbert Horsch

Psychologischer Psychotherapeut  
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut  
Supervisor u. Dozent für Verhaltenstherapie  
CONTEXTUAL COACH

Dipl.-Psych. Herbert Horsch • Gemündener Tor 11 • 56457 Westerburg

Hausadresse: >> Haus am Wald <<  
Gemündener Tor 11  
56457 Westerburg  
Tel (02663) 22 55  
Fax (02663) 25 25  
E-Mail: [post@herbert-horsch.de](mailto:post@herbert-horsch.de)  
BSNR 476901400  
LANR 930346068

## Anamnesebogen Kind

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Straße/Ort: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Schule / KiGa: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

### Eltern:

Vater: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ derzeit: \_\_\_\_\_

Mutter: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ derzeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Sorgeberechtigt: \_\_\_\_\_

### Geschwister:

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

### Vorstellungsgrund/Fragestellung/Auftrag:

---

---

---

---

<b>Bitte machen Sie zu den einzelnen Punkten stichwortartige Angaben! Falls Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie bitte die Rückseite!</b>	
<b>Schwangerschaft</b> Verlauf, Komplikationen Alkohol/Nikotin, Medikamente	
<b>Geburt</b> Termin, Komplikationen, Sauerstoffmangel, APGAR	
<b>Trennung von Mutter/Familie</b> Berufstätigkeit, Krankheit	
<b>Schlafverhalten</b> Säugling, Kleinkind, aktuell	
<b>Essverhalten</b> Säugling, Kleinkind, aktuell	
<b>Motorische Entwicklung</b> Krabbeln, Stehen, Laufen, Verlauf, Besonderheiten	
<b>Sprachentwicklung</b> Erste Worte, Sätze, Verlauf, Besonderheiten	
<b>Krankheiten, Allergien</b>	
<b>Unfälle, OP</b>	
<b>Trotzalter</b> Zeitraum, Intensität	
<b>Umgang mit Geschwistern</b> Beziehung, Gemeinsamkeiten	
<b>Schule</b> Sozialverhalten, Integration, Leistung, Verhältnis zu Lehrerin Verlauf, Besonderheiten	

<b>Tics, Daumenlutschen, Nägelkauen</b>	
<b>Kopf-, Bauchschmerzen</b> Zeitpunkte, Ursachen	
<b>Sehen und Hören</b> Wahrnehmung, Befunde, Brille/Hörgerät, Besonderheiten	
<b>Umgang mit Gefahr/Ängstlichkeit</b> Trennung, Dunkelheit, Prüfungen, Tiere etc.	
<b>Ordnung</b>	
<b>Spielverhalten</b> Allein, ruhig, wild etc.	
<b>Motorischer Eindruck</b> Fein- u. Grobmotorik, Links-/Rechtshändigkeit Handschrift, Ballgefühl	
<b>Umgang mit Frustration</b> Ausdruck von Ärger und Wut, Kritikempfindlichkeit, Autoaggression	
<b>Sonstige Anmerkungen / kurze Beschreibung Ihres Kindes</b>	

**Kontaktadressen**

Arzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Versichert über: \_\_\_\_\_

Schule / KiGa: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

**Vorbehandlungen und Vorbefunde:**

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Zeitraum/ Umfang: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Zeitraum/ Umfang: \_\_\_\_\_ Diagnose: \_\_\_\_\_

**Bitte senden Sie uns diesen Anamnesebogen ausgefüllt, sowie die Vorbefunde mindestens eine Woche vor dem Erstgespräch per Email zu !!**