



Patient/in

____/____/____
Datum

Kindheit

Meilensteine der Entwicklung (regelgerecht?)

Kindergartenzeit

Schulzeit

Einschulung / Schulwechsel

Probleme / Störungen

Verluste (z.B. Todesfall, Umzug o.ä.)

Traumatisierungen

Besondere Situationen / prägende Ereignisse (positiv+negativ)

Pubertät

Beginn der Pubertät

Beziehung vorhanden?

Sexuelle Erfahrungen

Körperliche Erkrankungen / Medikamentenanamnese

Chronische Erkrankungen

Operationen

Unfälle

Dauermedikation



Suchtanamnese

Nikotin

Drogen

Alkohol

Stoffungebundene Süchte

Schule / Beruf

Schultyp, Klasse

Schulische Leistungen

Stärken / Schwächen

Beziehung zu Mitschülern

Beziehung zu Lehrern

Außerschulische Aktivitäten

Vereinstätigkeit / Hobby

Sozialkontakte

Medienkonsum

Eltern

Alter Beruf KM

Alter Beruf KV

Geschwister

Familienstand der KE + Sorgerecht

Erziehungsstil und Kommunikation

Bekannte familiäre Vorerkrankungen

Weitere wichtige Bezugspersonen
(innerhalb + außerhalb d. Familie)