

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Elternfragebogen

Für die Untersuchung oder Behandlung Ihres Kindes möchten wir uns zuvor über die Lebensgeschichte Ihres Kindes informieren. Diesem Zweck dient der Fragebogen. Er gibt uns eine vorläufige Orientierung für unsere Untersuchungen. Einzelheiten werden wir später besprechen. Sollten die Antwortmöglichkeiten nicht ausreichend sein bzw. nicht zutreffen, scheuen Sie sich nicht, sie zu verändern oder zu ergänzen. Selbstverständlich werden alle Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Wichtige Angaben:

Ausfüllungsdatum: _____

Name des Ausfüllers: _____

Die Fragen werden beantwortet von:

- der Mutter
 dem Vater
 den Eltern gemeinsam

Name, Vorname des Kindes:	Adresse:
Geb.- Datum:	Telefon:
Beh. Haus-/ Kinderarzt:	Adresse + Telefon:
Schule/ Kindergarten	Sonstige miteinbezogene Institution (z. B. Jugendamt, Gesundheitsamt etc.):
Klasse + Klassenlehrer (o. Kindergärtner/ -in):	
Name, Vorname der Mutter:	Adresse und Telefon (falls vom Kind abweichend):
Geb.- Datum:	Familienstand:
Schul- bzw. Berufsausbildung:	Jetziger Beruf:
Name, Vorname des leiblichen Vaters:	Adresse und Telefon (falls vom Kind abweichend):
Geb.- Datum:	Familienstand:
Schul- bzw. Berufsausbildung:	Jetziger Beruf:
Name, Vorname des aktuellen Partners/ -in, Lebensgefährte/ -in (falls von oben abweicht):	Adresse und Telefon (falls vom Kind abweichend):
Schul- bzw. Berufsausbildung:	Jetziger Beruf:
Geb.- Datum:	Familienstand:

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Namen, Vornamen der Geschwister:	
1.	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule:	Wohnt zuhause?
2.	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule:	Wohnt zuhause?
3.	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule:	Wohnt zuhause?
4.	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule:	Wohnt zuhause?
5.	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule:	Wohnt zuhause?
6.	Geburtsdatum:
Kindergarten/ Schule:	Wohnt zuhause?
Gibt es bei den Geschwistern Erkrankungen?	
Gibt/ gab es bei den Geschwistern Erziehungsstörungen? Wenn ja, welcher Art?	
Gibt es körperliche, neurologische oder psychiatrische Vorerkrankungen in der Familie? Wenn ja, welcher Art?	

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Anlass Ihres Kommens

Schildern Sie bitte kurz in eigenen Worten die Probleme, die Sie und/ oder andere mit Ihrem Kind haben und seit wann:

Welche guten Seiten hat Ihr Kind? Welche Eigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind?

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Bitte kreuzen Sie von den folgenden Verhaltensauffälligkeiten diejenigen an, die Ihnen bei Ihrem Kind Sorgen machen oder auffallen:

<input type="checkbox"/> Einnässen	<input type="checkbox"/> Spielstörungen, Interessenmangel
<input type="checkbox"/> Einkoten	<input type="checkbox"/> Verspieltheit/Träumerei
<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Gehemmtheit u. Schüchternheit
<input type="checkbox"/> Essensschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit
<input type="checkbox"/> Häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Kontaktstörungen gegenüber Kindern
<input type="checkbox"/> Häufige Verdauungsstörungen	<input type="checkbox"/> Kontaktstörungen gegenüber Erwachsenen
<input type="checkbox"/> Häufige Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Einordnungsschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Häufiges Erbrechen	<input type="checkbox"/> Eifersucht
<input type="checkbox"/> Nägelkauen	<input type="checkbox"/> Unbeherrschtheit, Wutausbrüche
<input type="checkbox"/> Daumenlutschen	<input type="checkbox"/> Albernheiten, Clownereien
<input type="checkbox"/> Haarausreißen	<input type="checkbox"/> Trotz, Ungehorsam
<input type="checkbox"/> Kopfschlagen, Schaukeln	<input type="checkbox"/> Aggressivität, Streitsucht
<input type="checkbox"/> Tic's (Augenblinzeln, Grimassieren, ...)	<input type="checkbox"/> Prahlerei
<input type="checkbox"/> Nervosität, Zappeligkeit	<input type="checkbox"/> Lügen, Schwindeln
<input type="checkbox"/> Schnelle Ermüdbarkeit	<input type="checkbox"/> Diebereien, Betrügereien
<input type="checkbox"/> Unkonzentriertheit	<input type="checkbox"/> Feuer machen, zündeln
<input type="checkbox"/> Zerstreutheit, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/> mutwilliges Zerstören
<input type="checkbox"/> Unordentlichkeit	<input type="checkbox"/> Weglaufen
<input type="checkbox"/> Langsamkeit, Initiativlosigkeit	<input type="checkbox"/> Schule schwänzen
<input type="checkbox"/> Wehleidigkeit, Quengelei	<input type="checkbox"/> Leistungsschwierigkeiten (Schule)
<input type="checkbox"/> Unselbständigkeit	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen
<input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten	

Welche begleitenden Maßnahmen sind bisher erfolgt?

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Entwicklung des Kindes:

Schwangerschaft:

Wenn die Mutter während der Schwangerschaft folgende Beschwerden hatte, geben Sie bitte an, in welchem Monat:

Krankheit/ Beschwerde	Monat
Röteln	
Masern	
Fiebrige Erkrankungen	
Gelbsucht	
Nierenerkrankungen	
Zuckerkrankheiten	
Übelkeit und Erbrechen (über 4. M. hinaus)	
Blutungen	
Seelischer Schock	
Schwermut	
Unfall	

Sonstige Krankheiten oder Belastungen:

Besteht zwischen den Eltern (wenn ja bitte ankreuzen):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit der Blutgruppen | <input type="checkbox"/> Unverträglichkeit des Rhesus-Faktors |
|--|---|

Anzahl der vorangegangenen Schwangerschaften:

Berufstätigkeit der Mutter bis:

Geburt:

Die Geburt erfolgte:

- | | | |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> rechtzeitig | <input type="checkbox"/> zu früh | <input type="checkbox"/> spät |
|--------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

Dauer der Schwangerschaft:

Monate:	Wochen:	Tage
---------	---------	------

Sind folgende Maßnahmen oder Eingriffe während der Geburt getroffen worden?
(Wenn ja bitte ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Einleitung durch Spritzen | <input type="checkbox"/> Verzögerung durch Spritzen |
| <input type="checkbox"/> Vollnarkose | <input type="checkbox"/> Geburtszange |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt |

Dauer der Geburt nach Einsetzen der Wehen:

Sonstiges:

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

KJPELTERN

Kreuzen Sie die folgenden Feststellungen nur an, wenn diese zutreffen:	
<input type="checkbox"/> das Kind hatte nicht die normale Kopflage	<input type="checkbox"/> war nach der Geburt auffällig gelb
<input type="checkbox"/> hatte eine Nabelschnurumschlingung	<input type="checkbox"/> atmete erst nach Belebungsversuchen
<input type="checkbox"/> war nach der Geburt auffällig blau	<input type="checkbox"/> kam nach der Geburt in den Brutkasten (Inkubator/ Wärmebett)
Sonstiges:	
Der Vater war bei der Geburt dabei?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geburtsgewicht: <input type="checkbox"/> Körperlänge:	<input type="checkbox"/> Kopfumfang:
APGAR-Index (wie viele Punkte sind im Untersuchungsheft oder im Mutterpass eingetragen?): <input type="checkbox"/> 10/10 andere Werte:	
Entlassung aus dem Krankenhaus:	
Kind nach _____ Tagen	Mutter nach _____ Tagen

Frühkindliche Entwicklung:

Wurde Ihr Kind gestillt?	Wie lange?
Traten Ernährungsstörungen auf; wenn ja, welche (z.B. schlechter Esser, häufiges Erbrechen)?	
War Ihr Kind während der ersten Lebensjahre	
<input type="checkbox"/> besonders unruhig, hat viel geschrien	<input type="checkbox"/> besonders schreckhaft
<input type="checkbox"/> empfindlich, kränklich	<input type="checkbox"/> besonders ruhig
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Wie alt war Ihr Kind (in Monaten) als es	
<input type="checkbox"/> zu kriechen begann	<input type="checkbox"/> frei sitzen konnte
<input type="checkbox"/> frei stehen konnte	<input type="checkbox"/> frei laufen konnte
<input type="checkbox"/> die ersten Worte sprach	<input type="checkbox"/> die ersten Sätze sprach

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

KJPELTERN

Beginn der Sauberkeitserziehung	
Trocken tagsüber:	Trocken nachts:
Sauber tagsüber:	Sauber nachts:
Wer sorgte für das Kind im ersten Lebensjahr?	
Von wem wurde das Kind bisher überwiegend erzogen?	

Erkrankungen:

Bitte geben Sie die Krankheiten an, die Ihr Kind bisher durchgemacht hat (mit Altersangabe)	
Erkrankung	Alter
<input type="checkbox"/> Masern	
<input type="checkbox"/> Windpocken	
<input type="checkbox"/> Röteln	
<input type="checkbox"/> Scharlach	
<input type="checkbox"/> Diphtherie	
<input type="checkbox"/> Mumps (Ziegenpeter)	
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	
<input type="checkbox"/> Häufig fiebrige Grippe	
<input type="checkbox"/> Lungenentzündung	
<input type="checkbox"/> Gelbsucht	
<input type="checkbox"/> Zahn- oder Fieberkrämpfe	
<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	
<input type="checkbox"/> Gehirnentzündung	
<input type="checkbox"/> Gehirnhautentzündung (Meningitis)	
<input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung	
<input type="checkbox"/> Vergiftung	Womit?
<input type="checkbox"/> Unfall	
Sonstige Erkrankungen oder Behinderungen:	
Medikamente:	
Operationen:	

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Name: _____

Geb.: _____

Adresse: _____

PLZ Ort: _____

KJPELTERN

War Ihr Kind einmal für längere Zeit von zu Hause abwesend?		
<input type="checkbox"/> Krankenhaus:		
Wann?	Wie lange?	Warum?
<input type="checkbox"/> Heim:		
Wann?	Wie lange?	Warum?
<input type="checkbox"/> Kur:		
Wann?	Wie lange?	Warum?
<input type="checkbox"/> Verwandte:		
Wann?	Wie lange?	Warum?
<input type="checkbox"/> Sonstiges		
Wann?	Wie lange?	Warum?

Kindergarten und Schule

Kindergartenbesuch von _____ bis _____

 ganztags vormittags nachmittags

Wenn nicht, warum nicht? _____

Wie gerne geht/ ging Ihr Kind in den Kindergarten?

- immer begeistert
- hatte/ hat manchmal Lust
- sträubte sich regelmäßig

Wie alt war Ihr Kind bei der Einschulung: _____

Hat Ihr Kind Klassen wiederholt, wenn ja, welche? _____

Warum? _____

Gab es Lehrerwechsel: _____

Hat Ihr Kind längere Zeit gefehlt? _____

Zurzeit besuchte Klasse: _____ Schule: _____

 Geht Ihr Kind gern zur Schule? ja nein teils/ teils

Wenn Ihr Kind nicht gern zur Schule geht, welche Gründe hat es?

- kommt mit dem Lehrer nicht zurecht
- kommt mit den Mitschülern nicht zurecht
- hat Angst vor Klassenarbeiten/ schlechten Noten/allgemein
- hat Leistungsprobleme

In welchen Fächern: _____

andere Gründe: _____

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Hausaufgaben:

Wie lange braucht Ihr Kind im Allgemeinen für die täglichen Hausaufgaben?		
Wird Ihr Kind bei den Hausaufgaben beaufsichtigt? Wenn ja, durch wen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bekommt Ihr Kind Nachhilfe? Wenn ja, durch wen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, in welchen Fächern	Wie oft?	Seit wann?
Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? Wenn ja, welche?		

Freizeitverhalten:

Gehört Ihr Kind Sport- und Jugendgruppen an? Welchen, seit wann?
Wofür interessiert sich das Kind, was macht es in seiner Freizeit?
Was kann Ihr Kind besonders gut?
Mit wem spielt Ihr Kind am liebsten?
Hat es feste Freunde/ Freundinnen?

Name: _____

Geb.: _____

Adresse: _____

PLZ Ort: _____

KJPELTERN

Verbringt die Familie die Freizeit zusammen? Was wird unternommen?
Wie lange schaut das Kind fern?
Wie lange ist es am Computer beschäftigt?

Elternerziehung:

Welche erzieherischen Maßnahmen wenden Sie im Allgemeinen an? (Bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lob | <input type="checkbox"/> Tadel | <input type="checkbox"/> Hausarrest |
| <input type="checkbox"/> Belohnungen (mit Geld) | <input type="checkbox"/> „Ignorieren“ | <input type="checkbox"/> Fernseh- oder andere Verbote |
| <input type="checkbox"/> körperliche Bestrafungen | <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

Gibt es Unterschiede in der Art der Erziehung zwischen Ihnen und Ihrem Partner? Wenn ja, welche?

Wer erzieht das Kind vorwiegend? _____

Zieht das Kind einen Elternteil vor? _____

Gab es im Leben des Kindes besondere Ereignisse? (Bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Scheidung/ Trennung der Eltern | <input type="checkbox"/> Krankheit/ Tod eines Familienangehörigen |
| <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel | <input type="checkbox"/> Schulwechsel |
| <input type="checkbox"/> finanzielle Schwierigkeiten der Eltern | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Wurde Ihr Kind sexuell aufgeklärt? Wenn ja, von wem? _____

Zu Hause, Wohnung, Wohnlage:

Welche regelmäßigen Pflichten hat Ihr Kind:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Kochen |
| <input type="checkbox"/> Spülen | <input type="checkbox"/> Einkaufen |
| <input type="checkbox"/> Abtrocknen | <input type="checkbox"/> Auf Geschwister aufpassen |
| <input type="checkbox"/> Aufräumen | <input type="checkbox"/> Rasen mähen |
| <input type="checkbox"/> Auto waschen | <input type="checkbox"/> Staub wischen, putzen |
| <input type="checkbox"/> Andere: _____ | |

 Bekommt Ihr Kind Taschengeld? ja nein

Seit wann? _____ zurzeit wie viel? _____

Was macht es damit? _____

Name:

Geb.:

Adresse:

PLZ Ort:

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein

Mit wem teilt es das Zimmer? _____

Wenn Ihr Kind einen Orts- oder Wohnungswechsel miterlebt hat, wo wohnte die Familie früher?

Ort: _____

Von wann bis wann: _____

Grund des Umzugs: _____

Wie reagierte Ihr Kind auf die Veränderung?

**Wünsche der Eltern/ des Kindes bezüglich der Therapie:
Was erhoffen Sie sich/ erhoffst du dir von deiner Therapie:**

Datum:

Unterschriften