



Kinderpsychotherapie-Erfstadt, Bonner Str. 18, 50374 Erfstadt

Elternfragebogen

Name des Kindes _____ **geb. am** _____

Wohnort: _____

Hausarzt/Kinderarzt oder Überweiser: _____

Anschrift: _____

Zum besseren Verständnis der Geschichte Ihres Kindes benötige ich Informationen aus vielen Bereichen. Manche Fragen erscheinen Ihnen vielleicht schwierig. Zögern Sie nicht, mich darauf anzusprechen, Bemerkungen dazwischen zu schreiben oder Fragen zur persönlichen Besprechung offen zu lassen. Bitte die richtige Antwort ankreuzen, unterstreichen oder ausfüllen:

Schildern Sie bitte in kurzen Zügen die Probleme ihres Kindes:

I. Lebenssituation:

Das Kind lebt in einer Familie mit folgenden Personen im gemeinsamen Haushalt:

Vorname, Name	Alter	Verhältnis zueinander: leibliche, Halb-, Stief-, Pflege-, Adoptiv-, Geschwister, Eltern, Großeltern

Das Kind lebt in einer anderen Lebensumgebung: _____

Wer hat das Sorgerecht?

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

Haben Veränderungen in der Lebenssituation des Kindes stattgefunden? ja () nein ().
z.B. Umzüge, Änderung in der Zusammensetzung der Lebensgemeinschaft durch Trennung, Scheidung, Tod, Schulwechsel, Heimwechsel, Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme eines Elternteils etc.

Ereignis	Wann? Jahr, Monat

II. Medizinische Vorgeschichte:

Schwangerschaft und Geburt:

War die Schwangerschaft für Sie beschwerdefrei? ja () nein (). Es gab folgende Schwierigkeiten:

- () Die Geburt erfolgte zum errechneten Termin
() Die Geburt erfolgte..... Tage zu früh/spät

Verlief die Geburt normal? ja () nein (). Es gab folgende Schwierigkeiten:

Waren Mutter und Kind nach der Geburt wohlauf? ja () nein (). Es gab folgende Schwierigkeiten:

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden? ja () nein (). Es gab folgende Schwierigkeiten

Hatte Ihr Kind eine Neugeborenen-Gelbsucht? ja () nein ()
Benötigte es eine Blutaustauschtransfusion? ja () nein ()

Erkrankungen des Kindes

War Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank oder musste es schon einmal im Krankenhaus behandelt werden?

Welche Erkrankung?	Wann? Monat, Jahr Wie lange?	Wo behandelt? Krankenhaus, Kur, etc.

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal ein Sehtest durchgeführt? ja () nein ()

Wann ? _____ Ergebnis _____

Wurde bei Ihrem Kind schon einmal ein Hörtest durchgeführt? ja () nein ()

Wann ? _____ Ergebnis _____

Bestehen bei Ihrem Kind irgendwelche Allergien ja () nein ()

Welche? _____

Gibt es eine der folgenden Krankheiten in Ihrer Familie?

Anfallsleiden / Seelische Erkrankungen / Migräne

Nimmt Ihr Kind Medikamente? ja () nein ()

Welche? _____

III. Kindliche Entwicklung in den ersten 3-4 Jahren:

Gab es Schwierigkeiten im ersten Lebensjahr? Schreibaby / trinken / schlafen / kränkeln / etc.

Welche? Wann? _____

Wann konnte Ihr Kind frei laufen? Mit _____ Monaten.

Wann sagte es die ersten sinnvollen Wörter? Mit _____ Monaten.

Gab es Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung? ja () nein ()

Welche? Wann? _____

Gab es Auffälligkeiten in der Motorischen Entwicklung? ja () nein ()

Welche? Wann? _____

Wann wurde Ihr Kind sauber und trocken? Mit _____ Monaten am Tag.

Mit _____ Monaten in der Nacht.

Nässt oder kotet Ihr Kind zurzeit ein? ja () nein () Seit wann? _____

Gab es andere Entwicklungsauffälligkeiten, nach denen bisher nicht gefragt wurde? ja () nein ()

Welche? Wann? _____

Hat Ihr Kind Fähigkeiten verloren, die es schon einmal gekonnt hat (sogenannter Entwicklungsknick)?

Wenn ja, in welchem Alter und bei welchen Fähigkeiten? ja () nein ()

Welche? Wann? _____

Temperament und Verhalten ihres Kindes in den ersten 3-4 Lebensjahren

(Bitte unterstreichen, falls zutreffend)

Motorisch immer in Bewegung, unruhig und impulsiv / verletzte sich häufig /

Aggressiv bei der Kontaktaufnahme, verletzte andere Kinder /

Feinmotorisch ungeschickt mit Händen und Beinen / Grobmotorisch ungeschickt/

Einschlafstörungen / Durchschlafstörungen (schrie viel nachts) / Angstträume /

Gehemmt, unsicher, ängstlich / suchte unselbständig viel die Nähe der Mutter /

ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden / eifersüchtig / häufig kränkelnd /

Suchte viel Körperkontakt (Klammeräffchen) / wehrte Nähe, Körperkontakt ab /

Daumenlutschen / Nägelkauen / Haare ausreißen / Trotzanfalle / Essstörungen /

Wenig spielfreudig, musste immer angeleitet werden / passiv und redet wenig /

Wiederholte zwanghaft bestimmte Verhaltensweisen

IV. Vorschulische Entwicklung / schulischer Werdegang:

Besucht/e Ihr Kind einen Kindergarten? ja () nein ()

Regelkindergarten / Kindertagesstätte / Heil- / sonderpädagogische Einrichtung / Anderen:

Von wann bis wann besucht/e Ihr Kind den Kindergarten?

Gab es Wechsel? Wenn ja, wann und in welche neue Einrichtung? ja () nein ()

Gab es Auffälligkeiten in Bezug auf die Entwicklung / Verhalten? ja () nein ()

Welche? _____

Wann wurde ihr Kind in die Schule aufgenommen?

auf Antrag früher / altersgerecht / auf Antrag später / zurückgestellt

Falls Ihr Kind zurückgestellt wurde: Besuchte Ihr Kind den Vorschulkindergarten?

Von _____ bis _____

Gab es in der Schule Auffälligkeiten in Entwicklung / Verhalten / Lernfähigkeit? ja () nein ()

Welche? _____

Gab es einen Schulwechsel? ja () nein ()

Wann? Warum? Welche Schulform?

Bitte geben Sie die Schule mit Adresse, Schulform und Klassenlehrer an, die Ihr Kind zur Zeit besucht

Schulname: _____ Schulform: _____

Straße: _____ Lehrer/in: _____

PLZ, Ort: _____ Tel: _____

Weitere Anmerkungen zur Schulsituation: _____

V. Zur aktuellen Situation:

(Bitte unterstreichen Sie, falls zutreffend)

Einkoten Einnässen Essstörungen Ein- und Durchschlafstörungen

Sprachstörungen störende Bewegungsunruhe Ticartige Bewegungen

Trotz- und Oppositionsverhalten Sachzerstörungen Diebstähle

Gedankenverloren/Tagträume Kopfwerfen/Wiegen mit dem Körper

Zwanghaftes Wiederholen bestimmten Verhaltens Schwindeln/Lügen

Übergenaue Ordnungsdrang Übertriebener Ehrgeiz übermäßige Eifersucht

Selbstmordäußerungen/Versuche Zündeln/Feuerlegen Weglaufen/Streunen

Ängstlichkeit/Minderwertigkeitsgefühle Ausgeprägt depressive Stimmungen

Kontaktstörungen Schulangst Schuleschwänzen Leistungseinbruch

Spezielle Ängste vor bestimmten Dingen, Tieren, Personen, Situationen

Kopf- und Bauchschmerzen Erbrechen/Übelkeit Sehfehler Hörfehler

Allergien Atemstörungen Herz-Kreislaufbeschwerden Alpträume

Übergewicht Untergewicht Übergröße Untergröße

VI. Frühere Hilfen / Therapien

Erhielt/erhält Ihr Kind bisher eine Therapie? (z.B. Krankengymnastik, Sprach-, Spieltherapie, etc.)

Therapieform	Warum?	Wann?	Bei wem?

Listen Sie bitte auf, welche Hilfen Sie bislang für Ihr Kind außerdem noch in Anspruch genommen haben (z. B. Beratungsgespräche beim Jugendamt/bei Erziehungsberatungsstellen, familienunterstützende Maßnahmen):

Welche Hilfe?	Warum?	Wann?	Bei wem?

Berufliche Situation der Eltern (auch Pflege-, Stief- oder Adoptiveltern):

Mutter:

Arbeitssuchend / voll im Haushalt tätig. Wenn ja, frühere berufliche Tätigkeit als?

stundenweise / teilzeit- / vollzeitbeschäftigt als:

Wochenstundenzahl ca.: _____ Schichtdienst: ja () nein (), selbständig: ja () nein ()

Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Welche Berufsausbildung haben Sie? _____

Vater:

Arbeitssuchend / voll im Haushalt tätig. Wenn ja, frühere berufliche Tätigkeit als?

stundenweise / teilzeit- / vollzeitbeschäftigt als:

Wochenstundenzahl ca.: _____ Schichtdienst: ja () nein (), selbständig: ja () nein ()

Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Welche Berufsausbildung haben Sie? _____

Vielen Dank für Ihre Geduld und Mühe, diese vielen Fragen zu beantworten. Bei Unklarheiten, Ergänzungen oder Kritik dürfen Sie mich gerne ansprechen oder weitere Notizen hinzufügen.