

Elternfragebogen

Mit diesem Fragebogen können Sie mir helfen, einen besseren Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und eventuelle Schwierigkeiten zu erhalten.

Lesen Sie sich bitte zuerst einmal alle Fragen durch und beantworten Sie diese dann so gut, wie Sie können. Sollte Ihnen der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreichen, können Sie gerne auf der Rückseite der Blätter weiterschreiben. Wenn Sie Dinge anmerken möchten, zu der Sie keine Frage finden, so können Sie gerne ein weiteres Blatt zu dem Fragebogen legen und dort all das aufschreiben, was Ihnen wichtig erscheint.

Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten, so kennzeichnen sie diese einfach mit einem „N“.

Alle hier angegebenen Informationen unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz, d.h. sie werden nur im Rahmen der Therapie bzw. der Antragstellung verwertet.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem nächsten Elterngespräch mit, damit wir ihn gemeinsam besprechen können.

Vielen Dank

Anamneseblatt

Name des Kindes

Straße

Wohnort

Telefon

Handy

geb. am

in

Staatsangehörigkeit

Schulzweig

Klasse

Krankenkasse

versichert mit

Anschrift

Versicherten Nummer

Das Kind lebt bei (bitte einkreisen)

Mutter		Vater	
Name		Name	
geb. am		geb. am	
Beruf		Beruf	
tätig als		tätig als	
Schulabschluß		Schulabschluß	
Staatangehörigkeit		Staatangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> verheiratet	seit	<input type="checkbox"/> verheiratet	seit
<input type="checkbox"/> geschieden	seit	<input type="checkbox"/> geschieden	seit
<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit
Lebenspartner		Lebenspartnerin	
Name		Name	
Alter		Alter	
Beruf		Beruf	

Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister		Kind von	
Name	Alter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Name	Alter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Name	Alter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater

War ein Kind ein Frühgeborenes? ja, Geburt in der Schwangerschaftswoche nein

Hatten Sie Fehlgeburten? ja, Geburt in der Woche (Jahr ____) nein

Ist ein Kind gestorben? ja, woran? _____, wann? _____ nein

Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt? _____

Wohnen außer ihrer Familie noch weitere Verwandte oder Freunde in ihrem Haushalt? ja nein

Leben sie in einem Haus oder in einer Wohnung? Wie groß ist das Haus / die Wohnung? ca. _____ m²

Haben Sie folgende Verhaltensweisen an Ihrem Kind beobachtet (bitte einkreisen)

wenn ja, seit wann und in welchen Situationen

Kopfwirbeln - Wiegen - Schaukeln

Einschlafstörungen - Durchschlafstörungen	
Nächtliche Angstzustände	
Eßstörungen - Erbrechen	
Verstopfungen - Durchfall - Bauchschmerzen	
Übergewicht - Untergewicht	
Einnässen tagsüber / nachts	
Einkoten	
Kotschmierer	
Kopfschmerzen	
Atmungsstörungen (Asthma, Krupp o.ä.)	
Allergische Reaktionen	
Hautempfindlichkeiten	
Erröten	
Ängste vor Tieren oder Gegenständen o.ä.	
Traurigkeit, depressive Stimmungen	
Zwänge (Waschzwang, auffällige Einschlafzeremonien usw.)	
Krampfanfälle	
Lutschen	
Knabbern	
Nägelkauen	
Haare ausreißen - drehen	
Zähneknirschen	
Kopfaufschlagen	
Grimassieren	
Stottern	
Lispeln	
Stummheit oder andere Sprachstörungen	
Seh- oder Hörstörungen	
Bewegungsstörungen	
Lügen - Stehlen	
von zuhause weglaufen - herumstreunen	
Schule schwänzen	
Zündeln - Feuerspielen	
andere	

Welche weiteren Probleme gibt es bzw. warum möchten Sie und Ihr Kind eine Therapie beginnen?

War Ihr Kind bereits in therapeutischer Behandlung? ja nein

wenn ja, analytisch oder verhaltenstherapeutisch und bei wem und wie lange?

Schwangerschaft

Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit? ja, seit _____ Jahren nein
geplante Schwangerschaft ja nein
gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft ja nein
wenn ja, welche

Geburt

spontane Geburt Kaiserschnitt
errechneter Termin _____
War der Vater des Kindes bei der Geburt dabei? ja nein

Größe des Kindes _____
Gewicht des Kindes _____

Gab es bei der Geburt Komplikationen? ja nein
wenn ja, welche?

War die Geburt für Sie eine belastende Erfahrung?
Mutter: nein ja, ein wenig ja, sehr
Vater: nein ja, ein wenig ja, sehr

Die erste Zeit

Haben Sie Ihr Kind gestillt? ja nein
wenn ja, wie lange _____
wenn nein, gab es Gründe, warum Sie nicht gestillt haben?

Haben Sie Ihr Kind in den ersten 12 Wochen in Erinnerung?
 besonders ruhig besonders unruhig besonders empfindlich

Wie konnte der Vater des Kindes in die alltäglichen Aufgaben eingebunden werden?

Entwicklung des Kindes

Wann konnte Ihr Kind ...
... sitzen mit _____ Monaten
... laufen mit _____ Monaten
... sprechen mit _____ Monaten
Wann war ihr Kind trocken mit _____ Jahren

Gab es Probleme beim Essen? ja nein
wenn ja, welche?

Gab es Probleme beim Schlafen (Einschlafen, Durchschlafen, Albträume etc.)?
 ja nein
wenn ja, welche?

Wann begann die Trotzphase? mit _____ Jahren
War sie stark ausgeprägt? ja nein

wenn ja, wie hat sich das geäußert?

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind einen Schnuller	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind einen Lieblingsgegenstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welchen?

Kindergartenzeit

Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann kam das Kind in den Kindergarten?	mit _____ Jahren	
War dies die erste regelmäßige Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn nein, wann und wo wurde ihr Kind betreut?

Wie war der Übergang in den Kindergarten, wie kamen Mutter und Kind mit der Trennung zurecht?

Hatte Ihr Kind im Kindergarten Freunde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit den Erzieherinnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit Kindern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welche Schwierigkeiten gab es?

Schule

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?	_____	
Hat es eine Vorklasse besucht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind in der Schule Freunde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bringt es diese auch mit nach Hause?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Lehrern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Mitschülern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja, welche?

Gibt es Leistungsprobleme in der Schule?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja, welche?

Mußte Ihr Kind eine Klasse wiederholen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind schon mal die Klasse gewechselt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja, warum?

Hat Ihr Kind schon mal die Schule gewechselt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

wenn ja, wie oft und warum?

Nimmt es regelmäßig an Freizeitaktivitäten teil? wenn ja, an welchen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Wie beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit?	_____
Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? wenn nein, wer wohnt noch in dem Zimmer?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Wo schläft Ihr Kind?	im eigenen Bett / im Bett der Eltern
Wie ist das Zimmer Ihres Kindes ausgestattet?	<input type="checkbox"/> Fernseher <input type="checkbox"/> Video / DVD-Player <input type="checkbox"/> Computer <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Play-Station o.ä. <input type="checkbox"/> Game-boy <input type="checkbox"/> _____
Hat Ihr Kind ein (eigenes) Haustier? wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Hat Ihr Kind Freunde, die es mit nach Hause bringt? Sind die Freude Ihres Kindes eher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein älter / jünger gleichaltrig / Erwachsene
Hat Ihr Sohn eine feste Freundin? Hat Ihre Tochter einen festen Freund?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Allgemeines	
Gehen Sie (die Mutter) wieder arbeiten? wenn ja, seit wann? welche Arbeitszeiten haben sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Arbeiten Sie wieder in Ihrem alten Beruf?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wann gehen Sie (der Vater) arbeiten	_____
Gehören Sie einer Kirche / Religionsgemeinschaft an?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welcher, und welche Rolle spielen Religion und / oder Kirche in Ihrer Familie?	

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind?	_____
Wurde Ihr Kind schon mal stationär behandelt? wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____ _____
Wie alt war es da?	_____
Wie lange dauerte der Krankenhausaufenthalt?	_____
Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Hatte Ihr Kind bereits eine der nachfolgenden Behandlungen? Wenn ja, wann?	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik _____	<input type="checkbox"/> Ergotherapie _____
<input type="checkbox"/> Logopädie _____	<input type="checkbox"/> _____

Großeltern

	von der Mutter zu beantworten	vom Vater zu beantworten
Lebt Ihre Mutter noch? Wenn nein, wann starb sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Was ist oder war sie von Beruf? Wie ist oder war Ihr Verhältnis zur Mutter?	_____	_____
Lebt Ihr Vater noch? Wenn nein, wann starb er?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Was ist oder war er von Beruf? Wie ist oder war Ihr Verhältnis zum Vater?	_____	_____
Haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern? Hat Ihr Kind Kontakt zu den Großeltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Geschwister haben sie? Ist eines Ihrer Geschwister bereits verstorben? Wenn ja, wann und woran?	_____	_____
Gibt es in Ihrer Familie schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, bei wem und welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen? Wenn ja, bei wem und welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____

Was schätzen Sie an Ihrem Kind besonders?

Die Mutter:

Der Vater:

Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie mitteilen möchten?

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? _____

Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt? _____

Vielen Dank