

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
Kopferwerfen - Wiegen - Schaukeln	
Einschlafstörungen - Durchschlafstörungen	
Nächtliche Angstzustände	
Eißstörungen - 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,

wenn ja, welche?

Alpträume etc.)?

ja nein

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? ja nein

Hatte Ihr Kind einen Schnuller ja nein

Hatte Ihr Kind einen Lieblingsgegenstand ja nein

wenn ja, welchen?

Kindergartenzeit

Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht? ja nein

Wann kam das Kind in den Kindergarten? mit _____ Jahren

War dies die erste regelmäßige Betreuung? ja 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? ja nein

Der Fragebogen wurde erstellt von Dipl. Sozialarbeiterin K. Zaruba

Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit den Erzieherinnen? ja nein
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit Kindern? ja nein
wenn ja, welche Schwierigkeiten gab es?

Schule

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? _____
Hat es eine Vorklasse besucht? ja nein
Hat Ihr Kind in der Schule Freunde? ja nein
Bringt es diese auch mit nach Hause? ja nein
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Lehrern? ja nein
wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Mitschülern? ja nein
wenn ja, welche?

Gibt es Leistungsprobleme in der Schule? ja nein
wenn ja, welche?

Musste Ihr Kind eine Klasse wiederholen?

ja nein
wenn ja, welche? _____

Hat Ihr Kind schon mal die Klasse gewechselt? ja nein
wenn ja, warum? _____

Hat Ihr Kind schon mal die Schule gewechselt? ja nein
wenn ja, wie oft und warum? _____

Nimmt es regelmäßig an Freizeitaktivitäten teil? ja nein
wenn ja, an welchen? _____

Wie beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit? _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein
wenn nein, wer wohnt noch in dem Zimmer? _____

Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett / im Bett der Eltern

Wie ist das Zimmer Ihres Kindes ausgestattet?
 Fernseher Video / DVD-Player
 Computer Internet
 Play-Station o.ä. Game-boy

Hat Ihr Kind ein (eigenes) Haustier?
wenn ja, welches? ja nein _____

Hat Ihr Kind Freunde, die es mit nach Hause bringt? ja nein
Sind die Freude Ihres Kindes eher älter / jünger
gleichaltrig / Erwachsene

Hat Ihr Sohn eine feste Freundin? ja nein
Hat Ihre Tochter einen festen Freund? ja nein

Allgemeines

Gehen Sie (die Mutter) wieder arbeiten? ja nein
wenn ja, seit wann? _____
welche Arbeitszeiten haben sie? _____

Arbeiten Sie wieder in Ihrem alten Beruf? ja nein

Wann gehen Sie (der Vater) arbeiten _____

Gehören Sie einer Kirche / Religionsgemeinschaft an? ja 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? ja nein
wenn ja, warum? _____

Wie alt war es da? _____

Wie lange dauerte der Krankenhausaufenthalt? _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? ja nein
wenn ja, welche? _____

Hatte Ihr Kind bereits eine der nachfolgenden Behandlungen? Wenn ja, wann?

- Krankengymnastik _____ Ergotherapie _____
 Logopädie _____

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?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Kontakt zu den Großeltern?	<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