

# Eltern-Fragebogen über die Entwicklung des Kindes / Jugendlichen

Bitte nehmen Sie sich Zeit und füllen Sie den Fragebogen in Ruhe alleine aus. Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten möchten, schreiben Sie dies bitte neben die Frage (z.B. „Möchte ich persönlich erklären.“). Wenn der vorgegebene Platz nicht ausreicht, können Sie Ergänzungen auf einem weiteren Blatt machen.

Die Informationen sind sehr wichtig für weitere diagnostische und therapeutische Termine.

Viele Fragen sind persönlich. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Dieser Fragebogen wird ausgefüllt von: Mutter  Stiefmutter  Vater

Stiefvater  Sonstigem  \_\_\_\_\_  
(bitte Beschreiben)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Lebt bei: \_\_\_\_\_

Mutter: Name \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Vater: Name \_\_\_\_\_

Geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie bitte die wichtigsten Probleme und Beschwerden bezüglich ihres Kindes:

---

---

---

---

Wann sind Ihnen die Probleme zum ersten Mal aufgefallen?

---

---

---

---

Wie haben sich die Probleme seitdem bis heute entwickelt?

---

---

---

---

Was haben Sie bisher versucht, um die Probleme zu lösen?

---

---

---

---

Bitte geben Sie die bisherigen Vorbehandlungen an:

	Name, Adresse	Von... - bis...
<input type="checkbox"/> Kinderarzt		
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut		
<input type="checkbox"/> Kinder- / Jugendpsychiater		
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)		
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder-/Jugendpsychiatrie		
<input type="checkbox"/> Logopädie		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie		
<input type="checkbox"/> Jugendhilfe-Einrichtung		
<input type="checkbox"/> Jugendamt		
<input type="checkbox"/> Anderes:		

Mit welchem Ergebnis haben Sie sich dorthin gewendet?

---



---



---

Weitere Erkrankungen, Probleme, Unfälle, Krankenhausaufenthalte:

---



---



---

Welche Medikamente nimmt / nahm Ihr Kind ein?

Name des Medikaments	Dosierung	Eingenommen von - bis

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft?

- Belastende Lebensumstände
- Blutungen
- Schweres anhaltendes Erbrechen
- Unfall
- Infektionskrankheit

- Vorzeitige Wehen
- Es gab davor eine Fehlgeburt oder Totgeburt
- Diabetes
- Rauchen
- Alkohol
- Drogen
- Medikamenteneinnahme

Weitere Beschreibung:

---

---

---

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt?

---

Wie ist die Geburt verlaufen? Gab es Besonderheiten oder Auffälligkeiten bei Ihrem Kind?

- Kaiserschnitt
- Geburtszange
- Saugglocke
- Hausgeburt
- Nabelschnur-Umschlingung
- Lageabweichung
- Auffälliges Fruchtwasser

Weitere Beschreibung:

---

---

Wurde Ihr Kind nach der Geburt in eine andere Klinik verlegt? Wenn ja: Warum?

---

---

War das Kind geplant?

---

Welche positiven und negativen Veränderungen hat die Geburt Ihres Kindes mit sich gebracht?

---

---

---

Gab es Schwierigkeiten im Säuglingsalter?

Schlafprobleme

Anhaltendes Schreien

Schwierig zu beruhigen

Essprobleme/Fütterprobleme: \_\_\_\_\_

Körperkontakt abweisend

Andere Schwierigkeiten: \_\_\_\_\_

In welchem Alter hat das Kind seine ersten Wörter (außer „Mama“ / „Papa“) gesprochen?

---

Gibt es oder gab es Schwierigkeiten mit der Aussprache, Stottern oder beim Verstehen der Sprache?

---

---

Gibt es oder gab es Schwierigkeiten in der körperlichen Bewegung (Motorik) Ihres Kindes?

---

---

Hat Ihr Kind weiter eingenässt nachdem es 5 Jahre alt war?

Nein

Ja

Aktuell Einnässen tagsüber

Aktuell Einnässen nachts

Hat Ihr Kind eingekotet nachdem es 4 Jahre alt?

Nein

Ja

Aktuell Einkoten tagsüber

Aktuell Einkoten nachts

Ist Ihr Kind in eine **Krippe** gegangen? In mehrere? Ab welchem Alter?

---

Ist Ihr Kind in einen **Kindergarten** gegangen? In mehrere? Ab welchem Alter?

---

Wie kam Ihr Kind mit anderen Kindern im **Kindergarten** zurecht?

---

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? Gab es einen Wechsel der **Grundschule**?

---

Gab es Klassenwiederholungen in der **Grundschule**? Stärken oder Schwächen in bestimmten Fächern?

---

Wie kam / kommt Ihr Kind mit den Lehrern der **Grundschule** zurecht?

---

Wie kam / kommt Ihr Kind mit Mitschülern der **Grundschule** zurecht?

---

Hatte / hat ihr Kind Freunde in der **Grundschule** und Verabredungen außerhalb der Schule?

---

Wenn Ihr Kind eine **weiterführende Schule** besucht: Gab es beim Schulwechsel Schwierigkeiten?

---

Wie kommt Ihr Kind mit den Lehrern der **weiterführenden Schule** zurecht?

---

Wie kommt Ihr Kind mit Gleichaltrigen in und außerhalb der **weiterführenden Schule** zurecht?

---

Geht Ihr Kind gerne in die Schule? Was macht ihm Spaß? Was nicht?

---

---

Mein Kind hat Schwierigkeiten im...

Lesen

Schreiben

Rechnen

Wie lange macht Ihr Kind Hausaufgaben? Wo? Mit wem?

---

Besucht Ihr Kind aktuell einen **Hort**? Wenn ja: Seit wann?

---

Wie kommt Ihr Kind mit den Erziehern und Kindern im **Hort** zurecht?

---

Welche Noten hat Ihr Kind aktuell im Durchschnitt?

---

Gab es eine plötzliche Verschlechterung der Schulleistungen? Wenn ja: Wann?

---

Ihr Kind spielt...

- eher alleine
- eher mit anderen
- sowohl alleine als auch mit anderen

Womit beschäftigt sich Ihr Kind aktuell am meisten in seiner Freizeit? Welche Hobbys hat es?

---

---

Was trifft für Ihre Familie zu?

Die leiblichen Eltern des Kindes leben zusammen.

Die leiblichen Eltern des Kindes sind  getrennt  geschieden seit: \_\_\_\_\_

Wie ist die Trennung verlaufen? Wann hat Ihr Kind aktuell Kontakt zum anderen Elternteil?

---

---

Geschwister des Kindes:

Name	Alter	Sorgen oder Probleme

Umzüge seitdem das Kind geboren ist:

Wohnort: \_\_\_\_\_ Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Von: \_\_\_\_\_ Bis: \_\_\_\_\_

Gibt es / gab es seelische Erkrankungen / schwere körperliche Erkrankungen bei Familienmitgliedern?

Vater:	
Mutter:	
Geschwister:	
Geschwister:	
Großeltern:	
Großeltern:	

Wie ist die Beziehung des Kindes zur leiblichen Mutter?

- ausgeglichen
- besonders eng
- angespannt

Wie ist die Beziehung des Kindes zum leiblichen Vater?

- ausgeglichen
- besonders eng
- angespannt

Wie häufig kommt es zu Streitigkeiten in der Familie?

---

Wie würden Sie die Atmosphäre in der Familie beschreiben, in der das Kind lebt?

---

---

Wie wird in der Familie mit Konflikten / Problemen umgegangen?

---



Wofür wird das Kind gelobt / belohnt? Wie?

---

Bei welchem Verhalten des Kindes bekommt es negative Konsequenzen? Wie?

---

Was unternehmen die Eltern mit dem Kind in der Freizeit? Wie oft?

---

War / ist Ihr Kind oft krank?

nein

ja:

\_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind Verlusterlebnisse, z.B. aufgrund Tod in der Familie, Verlust von Freunden durch Umzug / Schulwechsel?

---

Welche Erfahrungen gab es außerdem, die für das Kind schwierig waren?

---

Bezüglich der Problemen, wegen denen Sie eine Behandlung wünschen: Gibt es einen Zusammenhang zu einem Lebensereignis?

---

Inwiefern ist Ihr Kind eingeschränkt durch die Probleme?

---

---

Was sind die Stärken Ihres Kindes?

---

Was sind die Schwächen Ihres Kindes?

---

## Therapieziele

Welche Veränderungen wünscht sich das Kind selbst?

---

---

Welche Veränderungen wünschen Sie sich?

---

---

Welche weiteren Informationen könnten noch wichtig sein?

---

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!