



Elternfragebogen

Liebe Eltern,
damit ich im Gespräch mit Ihnen mehr Zeit für Sie habe, bitte ich Sie, diesen Fragebogen mit wesentlichen Informationen auszufüllen und zum nächsten Termin mitzubringen. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie das entsprechende Feld einfach frei.

Name des Kindes: _____

geb. am: _____

Der Patient besucht zurzeit (bitte ankreuzen):

- Kindergarten Grundschule Förderschule
 Mittelschule Realschule Gymnasium Lehre/Ausbildung

Klassenstufe: _____

Leistungsstand: Deutsch: _____ Mathe: _____ HSU: _____ Englisch: _____

1. Welche positiven Eigenschaften fallen ihnen zu ihrem Kind spontan ein?

2. Welche Interessen hat ihr Kind? (z.B. Spielzeug, Sport, Lesen, Film)

3. Welche regelmäßigen Aktivitäten hat das Kind außerhalb des Elternhauses?



4. Welche positiven Eigenschaften fallen Ihnen zu sich selbst ein?

Mutter: _____

Vater: _____

4. Welche Interessen haben sie?

Mutter: _____

Vater: _____

5. Wie verbringt die Familie ihre Freizeit?

6. Bitte zählen Sie alle wichtigen Bezugspersonen Ihres Kindes auf:

7. Erziehung:

Von wem wurde das Kind bisher erzogen? _____

Gibt es Einigkeit oder Gegensätzlichkeit zwischen den Eltern? _____

Welche Regeln gibt es in folgenden Bereichen?

Essen/Essenszeiten: _____



Zubettgehen: _____

Hausaufgaben: _____

Welche anderen Regeln und Pflichten muss das Kind einhalten?

Welche Konfliktthemen gibt es innerhalb der Familie?

8. Wie beurteilen Sie das Kontaktverhalten Ihres Kindes (z.B. trifft sich mit Freunden, ist offen / schüchtern...)?

Wie beurteilen Sie Ihr eigenes Kontaktverhalten?

Mutter: _____

Vater: _____

9. Was hat sie konkret hierhergeführt?

10. Welche Hilfe wünschen sie sich?



11. Wann haben die Schwierigkeiten ungefähr begonnen?

12. Welche Ursachen haben diese Schwierigkeiten Ihrer Meinung nach (z.B. Komplikationen während Schwangerschaft/Geburt, Erkrankung von Familienmitgliedern, Erziehungsunsicherheiten, Trennung der Eltern)?

13. Was sind die Auslöser für die Symptomatik (wann und in welcher Situation tritt das Problem häufig oder regelmäßig auf)?

14. Was haben Sie bislang zur Lösung der Schwierigkeiten unternommen?

15. Was hat das Problemverhalten für Konsequenzen (wie verhält sich die Umgebung – Mutter, Vater, Lehrer, Geschwister – wenn das Problem auftritt)?

16. Welche Chancen könnte das Problem für alle Beteiligten haben?



Familienanamnese

1. Gab es seit der Geburt des Kindes Ereignisse, die das Kind schwer belastet haben? (z.B. Trennungen, Todesfälle, Umzüge, Erkrankungen)

2. Gibt oder gab es psychiatrische oder neurologische Erkrankungen in den Familien väterlicher- oder mütterlicherseits? (z.B. Depressionen, ADHS, Angsterkrankungen, Alkoholprobleme, Legasthenie, Zwänge, Epilepsie, Essstörungen, Schizophrenie)

3. Beruf des Vaters: _____

Beruf der Mutter: _____

4. Hat der Patient Kind Geschwister?

nein ja, bitte angeben: Geschlecht (m/w), Alter, Schulart, Erkrankungen

5. Derzeitige Wohnsituation:

5.1. Lebt in der Familie mit den leiblichen Eltern? ja nein

(wenn nein, besteht noch Kontakt zu den leiblichen Eltern: ja nein)

5.2. Lebt nach Scheidung/ Trennung nur bei einem Elternteil: Mutter Vater

Trennung seit: _____

Geschieden seit: _____



5.3. Lebt in einer Pflegefamilie/ im Heim / Adoptivfamilie:

seit: _____

5.4. Gibt es Kontakte zum Jugendamt (bzw. Erziehungsbeistand, eine Familienhilfe)?

Wenn ja, Ansprechpartner:

Eigenanamnese:

6. Gab es im Schwangerschaftsverlauf Komplikationen?

7. Gab es während der Schwangerschaft schädigende Einflüsse (z.B. Rauchen, Alkohol, andere Drogen)? nein ja

8. Zur Geburt:

Alter der Mutter: _____ Jahre

Geburtstermin: normal früh spät

Geburtsgewicht: _____ Größe: _____

Geburtsverlauf:

ungestört verlängert Sturzgeburt Kaiserschnitt

Nabelschnurumschlingung Zange Sauerstoffmangel

Sonstiges:

9. Gab es in der Säuglingszeit Probleme (z.B. viel geschrien, Behandlung in Klinik, Brutkasten)?



Wurde das Kind gestillt? Dauer? _____

10. Gab es bei Ihrem Kind irgendwann einmal einen Klinikaufenthalt, z.B. wegen eines Unfalls, einer Operation, einer schweren Erkrankung?

11. Gibt es schwere oder chronische Erkrankungen? nein ja

12. Entwicklungsdaten des Kindes:

Grobmotorik: normal auffällig: _____

Laufalter: _____ Monate

Feinmotorik: normal auffällig _____

Sprache: normal auffällig: _____

erste Worte: _____ Monat

Ist Ihr Kind nachts und tagsüber trocken und sauber?

ja, seit einem Alter von _____ Jahren

nein, welche Probleme gibt es und in welcher Häufigkeit?

13. Besonderheiten im Kindergarten (z. B. länger anhaltende Trennungsangst motorische Unruhe, Aggressivität gegenüber anderen Kindern)

14. Gab es Auffälligkeiten bei der Einschulung?



15. Bisheriger Schulverlauf:

Besuch der Grundschule: _____

Besuch einer Förderschule von _____ bis _____

nach der Grundschule Wechsel auf Mittelschule Realschule Gymnasium

Klassenwiederholungen? _____

16. Ist ihr Kind bereits von einem Schulpsychologen getestet worden?

nein ja _____

17. Kreuzen Sie bitte an, wenn Ihr Kind bereits wie folgt behandelt/ gefördert wird/ wurde:

- Ergotherapie
- Logopädie
- Frühförderung
- Erziehungsberatung
- Psychotherapie
- Kinderpsychiater (medikamentöse Behandlung? _____)
(falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum der jeweiligen Behandlung an)

18. Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme?

19. Bitte beschreiben Sie einen typischen Tagesablauf Ihres Kindes an einem Schultag.

Aufstehen um _____ Uhr: _____

Schulgang um _____ Uhr: _____

Rückkehr um _____ Uhr: _____

Abendessen um _____ Uhr: _____

Zubettgehen um _____ Uhr: _____



Bitte beschreiben Sie einen typischen Tagesablauf (mit Uhrzeiten) Ihres Kindes am Wochenende:

20. Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv?

nein ja

21. Ist Ihr Kind häufig ängstlich? nein ja

Wann? _____

22. Gibt es Probleme mit sozialen Kontakten? nein ja

(Versuchen sie diese zu beschreiben)

23. Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen und unglücklich, weint es oft?

nein ja

24. Zeigt Ihr Kind bisweilen Verhaltensweisen, die Ihnen zwanghaft vorkommen?

nein ja

25. Gibt es Besonderheiten im Spielverhalten? nein ja



26. Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung? nein ja

27. Klagt Ihr Kind häufig über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit etc.? nein ja

28. Hat Ihr Kind spezielle Schulleistungsschwierigkeiten (beim Rechtschreiben, Lesen oder Rechnen)? nein ja
(wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme hauptsächlich?)

29. Hat Ihr Kind Probleme bzgl. des Schlafens (z.B. Ein-/ Durchschlaf- schwierigkeiten) oder des Essens (z.B. gesteigerter/verminderter Appetit)?
 nein ja

30. Wie groß ist der Medienkonsum Ihres Kindes (durchschnittliche Stundenzahl pro Tag)?

Lesen: _____ Std./Tag Welche Bücher? _____

Fernsehen: _____ Std./Tag

Internet: _____ Std./Tag

PC-Spiele/ Spielkonsolen: _____ Std./Tag

Handy: _____ Std./Tag

Lieblingfilm? _____ Lieblingsbuch? _____

31. Gibt es Hinweise, dass Ihr Kind Zigaretten oder Alkohol konsumiert bzw. sonstige Drogen nimmt?



Irene Sturm

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Bauerstr. 15 80796 München
0176 433 44 776

32. Treibt ihr Kind regelmäßig Sport?

33. Hier können Sie ergänzen was Ihnen noch wichtig erscheint:

Vielen Dank!

Irene Sturm