



Fragebogen zur Vorgeschichte

Liebe Eltern,

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung Ihres Kindes bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist nur für mich als Informationshilfe gedacht und wird, für Dritte nicht zugänglich, in der Patientenakte verwahrt.

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

1

2. Angaben zur leiblichen Mutter

Informationen vor.

Es liegen keine

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax



3. Angaben zum leiblichen Vater

Informationen vor.

Es liegen keine

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

4. Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax



5. Angaben zum Partner der Mutter

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

6. Angaben zu den Geschwistern (auch Halb- und Stiefgeschwister)

Es liegen keine

Informationen vor.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?

7. Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?

Eltern

Arzt

Kindergarten

Hort/Tagesgruppe

Schule

Beratungsstelle

Jugendamt/KSD

Sonstige _____
(Wer?)



8. Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?

A large rectangular area with horizontal lines for writing, overlaid with a large, faint blue scribble.

9. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Jahre



10. Wie verlief die Schwangerschaft?

Es liegen keine

Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme?	
<hr/>		

11. Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

Es liegen keine

Informationen vor.

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus _____ (welches?)	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zu spät
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?
<hr/>		
Fragen zum Neugeborenen: (welche?)		
Gewicht: _____ Gramm	Länge: _____ cm	
Kopfumfang: _____ cm	Apgar-Werte _____ / _____ / _____	
Wurde Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ Wie wurde Ihr Kind behandelt?	

5

12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Es liegen keine

Informationen vor.

frei sitzen mit: _____ Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____ Monaten
frei laufen mit: _____ Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: _____ Monaten
erste Worte mit: _____ Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: _____ Monaten
Besonderheiten: _____ (welche?)	



13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Informationen vor.

Es liegen keine

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)

- | | | |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> beide Elternteile | <input type="checkbox"/> Mutter | <input type="checkbox"/> Vater |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> Tagesmutter | <input type="checkbox"/> Krabbelstube |
| <input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim) | <input type="checkbox"/> andere Personen | _____ (welche?) |

14. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> immer in Bewegung | <input type="checkbox"/> verletzte sich viel | <input type="checkbox"/> Kopferwerfen, schaukeln mit d. Körper |
| <input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen | <input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen | <input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln | <input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten |
| <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter | <input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab | <input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden | <input type="checkbox"/> eifersüchtig |
| <input type="checkbox"/> oft krank | <input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative | <input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich |
| <input type="checkbox"/> trotzig | <input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen | _____ (welche?) |

6

15. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten? _____ Jahre

Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten? Nein Ja

Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten? Nein Ja _____ (welchen?)

Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten? Nein Ja

Gab es im Kindergarten Probleme? Nein Ja _____ (welche?)

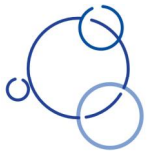


16. Fragen zum Schulalter

Informationen vor.

Es liegen keine

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?		<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> ein Elternteil	<input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/> Tagesmutter
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> versorgt sich selbständig
Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?		Einschulungsjahr-Grundschule: _____
<input type="checkbox"/> normaler Verlauf	<input type="checkbox"/> Vorklasse besucht	<input type="checkbox"/> verspätete Einschulung
<input type="checkbox"/> Wiederholung einer Klasse	_____ (welche?)	<input type="checkbox"/> Wechsel auf eine Sonderschule
<input type="checkbox"/> häufige Schulwechsel		
Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule?		<input type="checkbox"/> regelmäßig
<input type="checkbox"/> verspätet sich oft	<input type="checkbox"/> fehlt häufig wegen Krankheit	
<input type="checkbox"/> schwänzt/schwänzte häufig	<input type="checkbox"/> fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____ (welche?)	
Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)		
<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> Wohnzimmer
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> anderswo _____ (wo?)
Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?		
<input type="checkbox"/> vorwiegend selbständig	<input type="checkbox"/> mit gelegentlicher Hilfe	<input type="checkbox"/> vorwiegend mit Hilfe
Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?		
<input type="checkbox"/> weniger als 30 min.	<input type="checkbox"/> zwischen 30 und 60 min.	
<input type="checkbox"/> zwischen 60 und 120 min.	<input type="checkbox"/> über 120 min.	
Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____ (welche Fächer?)	



Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?

entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: _____

Klasse: _____

Name der Klassenlehrerin: _____

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss

Sonderschulabschluss

Hauptschulabschluss

Realschulabschluss

Fachhochschulreife

Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

17. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber:

allein

mit anderen Kindern

mit Erwachsenem

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein

Musikgruppe

Spielgruppe

Jugendgruppe

Spielpark/Jugendzentrum

anderes: _____

(was?)



18. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle	Welche?	In welchem Jahr

9

19. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sehstörungen	<input type="checkbox"/> Hörstörungen
<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen
<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes
<input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden	<input type="checkbox"/> andere Krankheiten

(welche?)		

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)		
<input type="checkbox"/> entfällt	<input type="checkbox"/> bei Geschwistern	<input type="checkbox"/> beim Vater
<input type="checkbox"/> bei der Mutter	<input type="checkbox"/> bei den Großeltern	<input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

(welche?)		



20. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Welche? _____

21. Positive Eigenschaften des Kindes

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?
Über welche Entwicklungsschritte freuten/freuen Sie sich besonders?
Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

10

22. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter Vater

Verwandter _____ andere Person _____
(wer?) (wer?)

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Unterzeichnung