



Datum:

Liebe Eltern / Sorgeberechtigte,

In diesem Fragebogen werden einige Angaben zu Ihrem Kind und dessen gegenwärtiger Lebenssituation sowie zu Ihnen als Eltern / Sorgeberechtigte erhoben.

Ich erfasse mit diesem Fragebogen einige Aspekte der seelischen Beschwerden Ihres Kindes, sowie eventuelle vorhergehende Behandlungen, an denen Sie mit Ihrem Kind teilgenommen haben. Diese Angaben helfen mir, den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen, zu denen auch die jetzt geplante Therapie gehört, einzuschätzen.

Diesem Fragebogen legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

-  Berichte von Vorbehandlungen in Kopie zum Verbleib in der Praxis, z.B. bei Ergotherapie, Lerntherapie, Frühförderung, Krankengymnastik, Logopädie und durchgeführte ambulante / stationäre Maßnahmen im Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich
-  Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
-  Zwei aktuelle Schulzeugnisse in Kopie zum Verbleib in der Praxis
-  Einverständniserklärung **beider** Sorgeberechtigten

Bei den Angaben bzw. Dokumenten handelt es sich um besonders schützenswertes Material, das besonders vertraulich von mir gehandhabt wird und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geburtsdatum des hier zu untersuchenden Kindes/Jugendlichen

--	--	--	--	--	--	--	--

Nationalität

O deutsch

O andere (bitte eintragen):

.....

Religionszugehörigkeit

O evangelisch O konfessionslos

O römisch-katholisch

O andere:

FRÜHE ENTWICKLUNG

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft mit dem jetzt zu untersuchenden Kind/Jugendlichen

Körperliche Belastungen

Bitte Ankreuzen

z.B. Nierenkrankheiten

ja O nein O

zu hoher/ niedriger Blutdruck

ja O nein O

Wasser in den Beinen

ja O nein O

starke Gewichtszunahme oder -abnahme

ja O nein O

Infektionen

ja O nein O

Blutarmut

ja O nein O

Operationen

ja O nein O

Röntgenuntersuchungen

ja O nein O

Medikamente

ja O nein O

Alkoholkonsum

ja O nein O

Rauchen

ja O nein O O

andere, bitte nennen:

Sonstiges

War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht?

Ja O nein O

War das Geschlecht zum damaligen Zeitpunkt erwünscht?

Ja O nein O

Berufstätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft?

Ja O nein O

Familiäre Belastungen während der Schwangerschaft?

Ja O nein O

Trennung vom Partner?

Ja O nein O

andere, bitte nennen:

Geburt

☐ Hausgeburt ☐ Krankenhaus ☐ in Begleitung vom Vater oder

☐ zeitgerecht ☐ zufrüh ☐ zu spät ☐ eingeleitet ☐ mit Narkose

☐ Nabelschnurumschlingung ☐ falsche Lage (Steißlage, Fußlage, Querlage)

☐ Zangengeburt ☐ Saugglocke ☐ Kaiserschnitt

☐ Sonstiges: Wehendauer

Befinden Ihres Kindes unmittelbar nach der Geburt

Gewicht Länge Kopfumfang

APGAR-Werte

Aussehen:	rosig	☐	bläulich	☐	gelb verfärbt
				☐	
sofort geschrien:	ja	☐	nein	☐	
Inkubator:	ja	☐	nein	☐	
In die Kinderklinik verlegt:	ja	☐	nein	☐	
Blutaustausch:	ja	☐	nein	☐	

Säuglingszeit

Gestillt? ja ☐ nein ☐

Wie lange gestillt? Monate

Ernährungsstörungen: ja ☐ nein ☐

häufig erbrochen ja ☐ nein ☐

schlecht gegessen ja ☐ nein ☐

Temperament: besonders ruhig ☐ unruhig ☐ empfindlich ☐

Anderes:

Weitere Entwicklung

Wann konnte es frei sitzen? Monate

...krabbeln? Monate

... laufen? Monate

... sprechen? Monate

Wann war es vollständig sauber? Monate

Besondere Krankheiten / Operationen?

Unfälle

Frühförderung ja ☐ nein ☐

PSYCHOSOZIALE ENTWICKLUNG

Kindergartenbesuch ja ☐ nein ☐ Wenn ja, wie lange Jahre

Spielverhalten, bitte beschreiben

Trennungsprobleme ja ☐ nein ☐

Besondere Förderung ja ☐ nein ☐

Schullaufbahn eingeschult mit Jahren

auf Antrag vorzeitig ☐

Schulreifetest ☐

Zurückgestellt ☐

Vorschule besucht ☐

Regelschule besucht ☐

Förderschule besucht ☐

Derzeit besuchte Schule

Sonderschule ☐

Hauptschule ☐

Realschule ☐

Gymnasium ☐

Berufsfachschule ☐

Sonstige Schule

Schulabschluss, wenn ja, welcher

Verhalten:

Leistungsstand / Hausaufgaben

Freizeit / Spielen

Verhalten zu Lehrkräften/ Mitschülern

Klassenwiederholung

Schulwechsel

FAMILIENSITUATION

Das Sorgerecht für Ihr Kind hat/ haben

Wie wohnt Ihr Kind zurzeit?

☐ mit beiden leiblichen Eltern

☐ mit leiblicher Mutter ☐ mit leiblichem Vater

☐ mit Partner / mit Partnerin

☐ in Wohngemeinschaft / Jugendhilfe

☐ in Pflegefamilie

☐ in Adoptivfamilie

☐ Sonstiges (bitte eintragen):

Eltern

Mutter: Geburtsdatum Ggfs.verstorben am

Vater: Geburtsdatum Ggfs.verstorben am

HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS	Mutter	Vater
Sonderschulabschluss	☐	☐
Hauptschulabschluss	☐	☐
Realschulabschluss / Mittlere Reife	☐	☐
Fachhochschulreife / Abitur	☐	☐
Sonstiger Abschluss	☐	☐
Kein Abschluss	☐	☐
DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT	Mutter	Vater
<i>Bitte tragen Sie hier die derzeitige Berufstätigkeit ein</i>		
Arbeiter(in)	☐	☐
Facharbeiter(in)	☐	☐
einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	☐	☐
höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	☐	☐

Selbständige(r)	0	0
Auszubildende(r) / Umschüler(in)	0	0
Schüler(in) / Student(in)	0	0
Hausfrau / Hausmann	0	0
Rentner(in)	0	0
arbeitslos	0	0
sonstiges	0	0
UMFANG DER ERWERBSTÄTIGKEIT	Mutter	Vater
<i>Bitte tragen Sie hier den derzeitigen Umfang der Erwerbstätigkeit ein</i>		
Vollzeit erwerbstätig	0	0
Teilzeit erwerbstätig	0	0
Unregelmäßig erwerbstätig	0	0
nicht erwerbstätig	0	0
NATIONALITÄT	Mutter	Vater
deutsch	0	0
andere (bitte eintragen)	0	0
RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT	Mutter	Vater
evangelisch	0	0
römisch-katholisch	0	0
andere (bitte eintragen)	0	0
konfessionslos	0	0
FAMILIENSTAND UND BEZIEHUNGSSITUATION DER ELTERN	Mutter	Vater
ledig	0	0
verheiratet	0	0
getrennt lebend (seitwann:)		

geschieden (seit wann:)		
Wiederverheiratet bzw. in neuer Partnerschaft	0	0
Gfs. seit wann:	0	0
Leibliche Eltern haben nie zusammen gelebt		

Psychotherapeutische oder Psychiatrische Behandlung der Eltern:

	Mutter	Vater	Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter	Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater
keine	0	0	0	0
psychiatrisch	0	0	0	0
psychotherapeutisch	0	0	0	0

Sind chronische psychische/ somatische Erkrankungen der Eltern bekannt? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, welche?

Ist über Misshandlung in den Familien (sexuelle und/oder körperliche) etwas bekannt? ja ☐ nein ☐

Besteht Familiäre Disharmonie (zwischen den Eltern und dem Kind mit/ohne Gewalt)? ja ☐ nein ☐

Ist über (sexuelle /körperliche) Misshandlung des Kindes oder seiner Geschwister

in der Familie oder außerhalb etwas bekannt? Ja ☐ nein ☐

Gab es Zeiten, in denen Sie Ihr Kind nicht ausreichend selbst versorgen oder erziehen

konnten? Ja ☐ nein ☐

Wo ist Ihr Kind überwiegend aufgewachsen?

☐ bei beiden leiblichen Eltern ☐ bei alleinerziehender Mutter ☐ bei alleinerziehendem Vater

☐ in Stieffamilie ☐ in Adoptiv-/Pflegefamilie ☐ Anderes:

Hauptsächliche Bezugspersonen während der ersten beiden Lebensjahre?

Längere Trennung während der ersten beiden Lebensjahre von einer Bezugsperson? Ja ☐ nein ☐

Anzahl der Geschwister (bitte ankreuzen)

Anzahl	weiblich	männlich	Geburtsjahr	leibliche Geschwister	andere Geschwister (Halb-, Stief-, Adoptiv-, Pflegegeschwister)
0	(Einzelkind)				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

ENTWICKLUNG DER BESCHWERDEN DES HIER ZU UNTERSUCHENDEN KINDES/JUGENDLICHEN

Aktuelle Schwierigkeiten:

Wie wurden Sie auf die Problematik/ Störung aufmerksam?

Selbst	0
Durch ein anderes Familienmitglied, und zwar:	0
Durch ein krisenhaftes Ereignis, und zwar:	0
Durch einen bedrohlichen Gesundheitszustand, und zwar:	0
Durch einen Arzt/eine Ärztin	0
Durch einen Lehrer/eine Lehrerin	0
Durch eine(n) niedergelassene(n) vorbehandelnde/en Therapeutin/en	0
Durch Nachlassen der schulischen Leistungsfähigkeit	0
Durch eine befreundete Person	0
Durch den Partner/ die Partnerin	0
Durch Medien, Internet	0
Anderes, und zwar:	0

Wie wurden Sie auf die Behandlungsmöglichkeit aufmerksam und wer stellte den ersten Kontakt her?

	Aufmerksam	Kontakt
Sie in Eigeninitiative	☐	☐
Ein anderes Familienmitglied, und zwar:	☐	☐
Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für	☐	☐
Psychiatrischer Facharzt / Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)	☐	☐
Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)	☐	☐
Ergotherapeut(in), Logopäde/in, Heilpädagoge/in	☐	☐
Allgemeines Krankenhaus	☐	☐
Krankenkasse	☐	☐
Kindergarten / Schule / Ausbildungs-/ Arbeitsstätte	☐	☐
Jugendamt / Gesundheitsamt	☐	☐
Beratungsstelle und zwar:	☐	☐
Eine befreundete Person	☐	☐
Partner/ Partnerin	☐	☐
Sonstige Person, und zwar:	☐	☐
Medien	☐	☐
Telefonbuch/andere Verzeichnisse	☐	☐
Internet	☐	☐

Grund der Vorstellung?

Abklärung und Diagnostik	☐
Schulschwierigkeiten	☐
Konzentrationsschwierigkeiten	☐
Motorische Unruhe	☐
Stimmungsschwankungen	☐
Ängste	☐
Streitigkeiten mit meinem Kind	☐
Aggressives Verhalten	☐
Emotionale Auffälligkeiten	☐

Selbstverletzendes Verhalten	0
Suizidabsichten	0
Einnässen	0
Einkoten	0
Hilfe	0

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

Schule	0
Kontakt zu Gleichaltrigen / Freunden	0
Probleme in der eigenen Persönlichkeit Ihres Kindes	0
Körperliche Probleme, wie z.B. Aussehen, Gewicht	0
Körperliche Erkrankungen / Beeinträchtigungen	0
Familiäre Probleme, wie z.B. Trennung / Scheidung, Sucht, Gewalt, ...	0
Andere, bitte nennen:	0

Beginn der Schwierigkeiten?

Beendet sich Ihr Kind aktuell in Behandlung? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Behandler(in) /Einrichtung	Wegen seelischer Beschwerden	Wegen anderer Probleme
In ärztlicher Behandlung		
In kinder- / jugendpsychiatrischer Behandlung		
In ergotherapeutischer/ logopädischer Behandlung		
In einer Beratungsstelle		
Sucht- oder andere Beratungsstelle		
Medikamentöse Behandlung, Psychopharmaka		
Andere, Bitte nennen:		

Wurde schon einmal eine seelische Störung diagnostiziert?

Art der Störung	ja	nein	unsicher	Wenn ja, in welchem Lebensjahr?
Depression	0	0	0	
Angststörung	0	0	0	
Zwangsstörung	0	0	0	
Verhaltensstörung	0	0	0	
Substanzmissbrauch	0	0	0	
Andere Störung	0	0	0	

Vorhergehende Behandlungen:

War Ihr Kind wegen seelischer Beschwerden bereits früher in Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja, in ambulanter Behandlung ☐ Ja, in stationärer Behandlung

☐ Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

Wenn Sie mit Ihrem Kind wegen seelischer Beschwerden in ambulanter Behandlung waren, geben Sie bitte Folgendes an (Mehrfachnennungen sind möglich)

Behandler(in):	Wie oft	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Hausärztin/-arzt				
andere(r) Ärztin/Arzt (z.B. HNO-Arzt)				
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut(in)				
Kinder- u. Jugendpsychiater/ Nervenarzt				
Andere (z. B. Ergotherapeut) bitte angeben welche:				
.....				
(Erziehungs-) Beratungsstelle				
Schulpsychologische Beratungsstelle				

Wenn Ihr Kind wegen seelischer Beschwerden in stationärer Behandlung war, geben Sie bitte Folgendes an
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	Wie oft	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Allgemeinkrankenhaus				
Kinder- u. Jugendpsychiatrie				
Psychosomatische Kur-Klinik				
Andere, bitte angeben welche:				

Abschließende Fragen zu Ihrem Kind

Welche Interessen, Aktivitäten, Hobbys, Stärken, Spielvorlieben, Freizeitaktivitäten hatte ihr Kind früher?

Welche jetzt?

Welche Fähigkeiten, Stärken hat ihr Kind?

Wo könnte/sollte sich ihr Kind in Zukunft verbessern? Hat es Schwächen?

Welche religiösen und weltlichen Überzeugungen hat ihr Kind?

Wünsche, Visionen in der Familie und bezüglich des Kindes

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!