



Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern, sehr geehrte Sorgeberechtigte,

um eine optimale, sorgfältige und individuelle Betreuung Ihrer Familie und Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten, benötigen wir von Ihnen einige Informationen über die Entwicklung und aktuelle Situation Ihres Kindes und Ihrer Familie. Selbstverständlich können und sollen die Angaben ein persönliches Gespräch mit Ihnen nicht ersetzen. Durch die im Fragebogen bereits geklärten Fragen steht im Erstgespräch jedoch mehr Zeit für individuelle Fragen zu Verfügung.

Bitte nehmen Sie sich daher etwas Zeit, die Fragen vollständig und so genau wie möglich zu beantworten.

Datum:

1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Hausarzt / Kinderarzt: _____

ggf. Grad der Behinderung: _____

ggf. Pflegegrad: _____

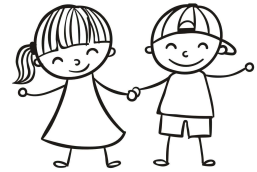
1.1 Schildern Sie bitte kurz den Grund für die heutige Vorstellung Ihres Kindes

(seit wann besteht das Problem? Gibt es Auslöser?)

1.2. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung Ihres Kindes in unserer Praxis?

1.3 Welche Vorbehandlungen gab es bis jetzt?

Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeuten / Beratungsstelle



Ergotherapie / Logopädie / Lerntherapie etc.:

Sind Hör- und/oder Sehfähigkeit in der Vergangenheit überprüft worden? Wenn ja, wann?
Auffälligkeiten?

Krankenhausaufenthalte / Operationen:

Jugendämter:

(Bitte geben Sie das Jugendamt, den Namen des zuständigen Ansprechpartners, sowie den Zeitraum an, seitdem oder in dem der Kontakt bestanden hat.)

2. Familienanamnese

2.1 Familienstand der leiblichen Eltern (verheiratet, geschieden, nie zusammengelebt, etc.)

Bei wem liegt das Sorgerecht für das vorgestellte Kind? _____

2.2 Leibliche Mutter

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (Festnetz & Mobil): _____

Schulabschluss: _____

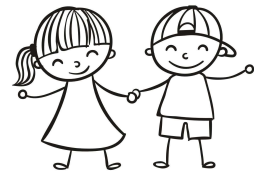
Berufsausbildung / Studium: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Körperliche Erkrankung: _____

Psychische Erkrankung: _____

(In Behandlung? Wo? Wann?): _____



2.3 Leiblicher Vater

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (Festnetz & Mobil): _____

Schulabschluss: _____

Berufsausbildung / Studium: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Körperliche Erkrankung: _____

Psychische Erkrankung: _____

(In Behandlung? Wo? Wann?) _____

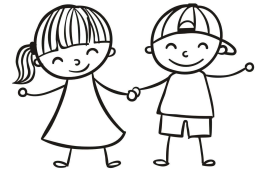
2.4 Geschwister des Kindes

Vor- und Nachname	Geb. am	Schule / Klasse	Verhaltens- auffälligkeiten / Erkrankungen	Besonderheiten (anderer Wohnort, andere(r) Vater/Mutter)

2.5 Familie der Mutter

Welche Personen aus der Familie der Mutter sind weitere wichtige Bezugspersonen für das vorgestellte Kind?

Liegen in der Familie der Mutter psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?



2.6 Familie des Vaters

Welche Personen aus der Familie des Vaters sind weitere wichtige Bezugspersonen für das vorgestellte Kind?

Liegen in der Familie des Vaters psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?

2.6 Bei getrenntlebenden Eltern mit neuen Partnern:

2.6.1 Stiefmutter (falls zutreffend)

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (Festnetz & Mobil): _____

Schulabschluss: _____

Berufsausbildung / Studium: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Körperliche Erkrankung: _____

Psychische Erkrankung: _____

(In Behandlung? Wo? Wann?) _____

2.6.2 Stiefvater (falls zutreffend)

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon (Festnetz & Mobil): _____

Schulabschluss: _____

Berufsausbildung / Studium: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Psychische Erkrankung: _____

Körperliche Erkrankung: _____

(In Behandlung? Wo? Wann?) _____



3. Wohnsituation

Schildern Sie bitte Ihre Wohnsituation (z.B. Wohnumgebung, Zimmeranzahl, im Haushalt lebende Personen, Haustiere):

Gibt es Umstände, die die Familie als belastend empfindet? Bitte beschreiben Sie diese kurz. (Z.B. Pflege eines Familienmitglieds, Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten, anhaltende Konflikte innerhalb der Familie oder mit weiteren Personen)

Mit welcher Person innerhalb der Familie versteht sich Ihr Kind besonders gut?

Mit welcher Person innerhalb der Familie hat ihr Kind am häufigsten Streit?

Wie versteht sich Ihr Kind mit seinen Geschwistern?

4. Kindesentwicklung

4.1 Schwangerschaft

Gab es in der Schwangerschaft besondere Ereignisse oder Komplikationen?

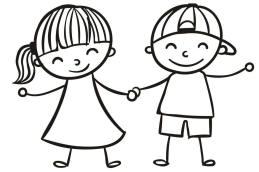
KJP Praxis Goslar

Janina Jördens

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grauhöfer Straße 26 | 38640 Goslar

Telefon: 05321/393110 | Telefax: 05321/3931122



Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht, Alkohol getrunken, Drogen konsumiert oder Medikamente eingenommen?

War die Mutter während der Schwangerschaft besonderem Stress oder psychischen Belastungen ausgesetzt?

4.2 Geburt

Erfolgte die Entbindung entsprechend dem errechneten Termin?

Gab es während oder nach der Geburt besondere Ereignisse oder Komplikationen?

Bitte entnehmen Sie folgende Angaben aus dem gelben Vorsorgeuntersuchungsheft:

APGAR-Werte:

Kopfumfang:

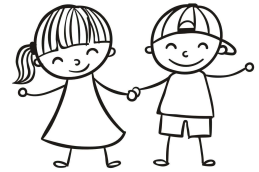
Körpergröße:

Gewicht:

Andere Auffälligkeiten:

4.3 Frühkindliche Entwicklung

Gab es während der ersten drei Lebensjahre besondere Ereignisse oder Komplikationen (schreien, essen, schlafen)?



Sprachentwicklung

Erste Worte mit..... Monaten

2-3-Wort-Sätze mitMonaten

Gab es Auffälligkeiten hinsichtlich der Aussprache / des Sprechens? Welche?

Motorische Entwicklung

Krabbeln mit Monaten

Freies Laufen mitMonaten

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung der Fein- und/oder Grobmotorik?

Neigt Ihr Kind verstärkt zu Unfällen oder Verletzungen?

Sauberkeitsentwicklung

Tagsüber nicht mehr eingenässt mit Monaten

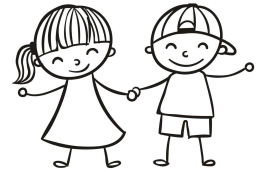
Nachts nicht mehr eingenässt mit Monaten

Hat Ihr Kind nach einem „trockenen“ Zeitraum von min. 6 Monaten angefangen erneut regelmäßig einzunässen? Tagsüber oder nachts?

Tagsüber nicht mehr eingekotet mit Monaten

Nachts nicht mehr eingekotet mit Monaten

Hat Ihr Kind nach einem „sauberen“ Zeitraum von min. 6 Monaten angefangen erneut regelmäßig einzukoten? Tagsüber oder nachts?



Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind?

Hat Ihr Kind eine chronische / schwere körperliche Erkrankung? Welche?

Hat Ihr Kind Allergien? Welche?

Nimmt oder nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche? Seit wann?

Raucht Ihr Kind, trinkt Alkohol oder nimmt Drogen? Wenn ja, wie viel?

Hat die Pubertät bereits eingesetzt? Wenn ja, in welchem Alter?

5. Schule, Kindergarten, Freizeit

5.1 Kindergarten

Hat Ihr Kind eine Krippe besucht? Welche? Ab welchem Alter? Wie viele Stunden am Tag?

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? Welchen? Ab welchem Alter? Wie viele Stunden am Tag? Gab es Wechsel?

Gab es in dieser Zeit Verhaltensauffälligkeiten? Welche? (z.B. Aggressivität, Rückzug, starke Trennungsängste)

5.2 Schulentwicklung

Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind zurzeit?

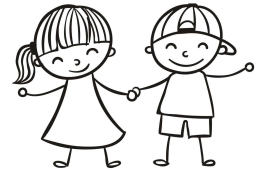
KJP Praxis Goslar

Janina Jördens

FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie

Grauhöfer Straße 26 | 38640 Goslar

Telefon: 05321/393110 | Telefax: 05321/3931122



Gibt es/gab es Auffälligkeiten, wie z. B. Klassenwiederholungen, Förderbedarf, Schulwechsel, Beziehung zu den Lehrern, Verhaltensauffälligkeiten in der Schule?

Wie viel Zeit verbringt/verbrachte Ihr Kind täglich mit Hausaufgaben / lernen? Auffälligkeiten bitte beschreiben.

5.3 Freizeit

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

Wird Ihr Kind zu Kindergeburtstagen / Partys eingeladen? Wie häufig?

An wie vielen Tagen in der Woche hat Ihr Kind Kontakt zu Freunden außerhalb der Schule?

Welche Hobbies hat Ihr Kind? Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit Fernsehen? Welche Sendungen werden geguckt?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit Spielkonsolen / Computerspielen / Internet? Welche Spiele werden gespielt bzw. welche Seiten / Funktionen werden genutzt?

Vielen Dank.