

Elternfragebogen

1. Aktuelle Symptomatik

1.1 Welche Sorgen oder Probleme führen Sie und Ihr Kind in die psychotherapeutische Praxis? / Was war der Anlass für Ihr Kommen, warum kommen Sie gerade jetzt?

1.2 Seit wann bestehen die Probleme?

1.3 Welches Ereignis / welche Situation könnte diese Probleme Ihrer Meinung nach ausgelöst haben?

1.4 Haben Sie oder Ihr Kind schon vorher Unterstützung bei diesen Problemen in Anspruch genommen? Falls ja, was für Hilfen haben Sie bzw. Ihr Kind aufgesucht?

1.5 Bitte schildern Sie ein typisches Beispiel, bei dem diese Probleme auftreten!

Beispielsituation: _____

Was tut Ihr Kind? _____

_____.

Wie haben Sie oder andere beteiligte Personen dann auf das Verhalten des Kindes reagiert? _____

_____.

Wie endet die beschriebene Beispielsituation?

_____.

2. Familie

Name des vorgestellten Kindes:

Geburtsdatum:

Wohnadresse:

2.1 Eltern des Kindes

	Name	Alter	Beruf	Schulabschluss
Person 1				
Person 2				

leibliche Eltern des Kindes - falls davon abweichend

	Name	Alter	Beruf	Schulabschluss
Mutter				
Vater				

2.2 Wer hat das Sorgerecht für Ihr Kind?

Zur Partnerschaft der Eltern:

Die Eltern sind verheiratet / zusammenlebend / getrennt / geschieden.
(Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Datum der Eheschließung:

Datum der Trennung:

Datum der Scheidung:

Die Partnerschaft ist harmonisch / eine normale Ehe / häufigere Missverständnisse und Streit / sehr konflikthaft. (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Ergänzungen:

2.3 Geschwister

Name	Geb. Datum	Schulart	Leibliches/ Halb- / Stiefgeschwister

2.4 Mit welchen der Familienmitglieder versteht sich Ihr Kind besonders gut?

Mit welchen der Familienmitglieder versteht sich Ihr Kind nicht gut?

2.5 Familiäre Situation

Die finanzielle Situation der Familie ist sehr gut / befriedigend / gerade ausreichend / ungenügend. (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Die Wohnsituation der Familie bietet viel Platz / ausreichend Platz / ist beengt. (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

2.6 Hat/Hatte jemand aus der Familie eine schwere Erkrankung und/oder psychische Probleme?

Wer?	Unter welcher Erkrankung leidet die Person, welche psychische Problematik?	Wann war das bzw. seit wann?

3. Entwicklung Ihres Kindes

3.1 Schwangerschaft: Es handelte sich um eine geplante / ungeplante aber erwünschte / ungewollte Schwangerschaft. (Zutreffendes bitte unterstreichen!)

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Ja / nein

Wann und welche Komplikationen traten auf?

Hat die leibliche Mutter während der Schwangerschaft geraucht? Ja / nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?

Hat die leibliche Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? Ja / nein.
Was wurde konsumiert? Wenn ja, wie viele Gläser/Tag?

Gab es besondere Belastungen in der Schwangerschaft? Ja / nein.
Wenn ja, welche Belastungen traten auf?

3.2 Geburt

Das Kind wurde geboren in der _____ Schwangerschaftswoche.

Die Geburt verlief schnell und unkompliziert dauerte lang aber ohne große Komplikationen / machte folgende Komplikationen: Notkaiserschnitt / Saugglocke / Blutaustausch / Nabelschnurumschlingung / Verschlechterung der Herztöne / andere Komplikationen: (Zutreffendes unterstreichen!)

Nach der Geburt musste unser Kind in den Inkubator / musste unser Kind beatmet werden / hatte unser Kind Neugeborenenengelbsucht. (Falls zutreffend bitte ankreuzen)

3.3 Frühkindliche Entwicklung

Unser Kind war als Säugling _____.

Unser Kind lernte Krabbeln mit ___ Monaten, Laufen mit ___ Monaten, erste Worte mit ___ Monaten, erste Sätze mit ___ Monaten, war tagsüber trocken im Alter von ___ Monaten, war nachts trocken im Alter von ___ Monaten, war sauber im Alter von ___ Jahren.

Gab es besondere Sorgen / Probleme in den ersten Lebensjahren?

3.4 Kindergarten

Unser Kind kam im Alter von ___ Jahren in die Kinderkrippe / Kindergarten.

Gab es Eingewöhnungsschwierigkeiten? Ja / nein.

Ging Ihr Kind gern in den Kindergarten? Ja / nein

Gab es einen Wechsel des Kindergartens? Ja / nein. Falls ja, wann und warum?

Haben die Erzieher*innen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind beobachtet? Ja / nein. Falls ja, welche Auffälligkeiten wurden beschrieben?

3.5 Freundschaften

Unser Kind hat/hatte ein bis zwei feste Freunde / ist/war beliebt bei anderen Kindern / wird/wurde von anderen geärgert/ ist/war überwiegend für sich allein. (Zutreffendes unterstreichen, Mehrfachnennungen möglich!)

Womit spielt/spielte Ihr Kind im Kindergartenalter überwiegend?

4. Schule

4.1 Unser Kind kam im Alter von ____ Jahren in die Schule.

- Hat/hatte Ihr Kind Eingewöhnungsschwierigkeiten in die Schule? Ja / nein. Wenn Ja, welche Schwierigkeiten treten/traten auf?

- Unser Kind besucht aktuell die ____ Klasse an der Schule (bitte den Namen der Schule eintragen.) _____
_____.

- Unser Kind geht gern / weniger gern / sehr ungern zur Schule. (Zutreffendes bitte unterstreichen)
- Die Leistungen unseres Kindes sind gut / zufriedenstellend / unzureichend. (Zutreffendes bitte unterstreichen).
Arbeitsverhalten: Unser Kind arbeitet selbstständig / lernt regelmäßig / hat sehr hohe Ansprüche an die eigenen Leistungen / hat Leistungsängste/ bereitet sich zu wenig auf Tests oder Arbeiten vor / vergisst häufig die Arbeitsmaterialien / kann sich schlecht selbst organisieren / ist faul (Zutreffendes bitte unterstreichen, Mehrfachnennungen möglich!)
- Beobachten die Lehrer Auffälligkeiten bei Ihrem Kind? Ja / nein
- Wenn ja, welche Auffälligkeiten?

- Hausaufgaben: Wo macht Ihr Kind die Hausaufgaben?

- Wie viel Zeit benötigt es dafür? ____ Minuten / ____ Stunden.
- Unser Kind macht die Hausaufgaben freiwillig / selbständig / benötigt viel Hilfe / ist sehr unkonzentriert / verschweigt, dass es Hausaufgaben aufhat / verzweifelt bei den Hausaufgaben, wenn es etwas nicht kann / verweigert sich bei den Hausaufgaben (Zutreffendes unterstreichen, Mehrfachnennungen möglich)
- Gab es außergewöhnliche Schulwechsel? Ja / nein
Falls ja, wann und weshalb kam es zum Schulwechsel?

- Erhielt Ihr Kind spezielle schulische Förderung? Ja / nein
- Falls ja, was und von wann bis wann (z.B. Förderunterricht, sonderpädagogische Förderung, Integrationshelfer)?
Bitte genau benennen!

5. Freizeit

- Unser Kind hat ein bis zwei feste Freunde / hat sehr viele Freunde / hat keine festen Freundschaften. (Zutreffendes unterstreichen)
- Die Freunde sind gleichalt / deutlich jünger / deutlich älter als das Kind. (Zutreffendes unterstreichen)
- Womit verbringt das Kind seine Zeit nach der Schule?
- Hobbies und regelmäßige Freizeitaktivitäten des Kindes:

6. Sonstige Entwicklung

Welche schweren Krankheiten hatte Ihr Kind bisher und wann?

Musste ihr Kind schon einmal ins Krankenhaus? Ja / nein
Falls ja, von wann bis wann und weswegen?

Gab es belastende Lebensereignisse für Ihr Kind (z.B. plötzliche Umzüge, Tod eines Angehörigen, Gewalterlebnisse, traumatisch erlebte Trennungen)? Was und wann?

7. Therapeutische Unterstützung

Welche Therapien / Hilfsmaßnahmen hat Ihr Kind bisher erhalten?
Waren diese aus Ihrer Sicht hilfreich?

Therapieform	Zeitraum	Was war hilfreich, was hat sich positiv verändert?
Ergotherapie	Von: Bis:	
Physiotherapie	Von: Bis:	
Logopädie	Von: Bis:	
Frühförderung	Von: Bis:	
Erziehungsberatung	Von: Bis:	
Psychotherapie	Von: Bis:	
Andere	Von: Bis:	

8. Stärken und Probleme Ihres Kindes

8.1 Welche Stärken hat ihr Kind?

8.2 Was machen Sie mit Ihrem Kind gern gemeinsam?

8.3 Wenn Sie Ihr Kind in ein bis zwei Sätzen beschreiben sollten, was würden Sie sagen?

8.4 Welche dieser Verhaltensweisen treten aktuell/traten jemals bei Ihrem Kind auf? Bitte ankreuzen und/oder das Alter eintragen.

Verhaltensweisen	Aktuell	im Alter von ... Jahren
Unser Kind ist unsicher/ scheu im Kontakt zu Fremden.		
Unser Kind hält sich nicht an Regeln.		
Unser Kind wird leicht aggressiv.		
Unser Kind lügt oft.		
Unser Kind schwänzt die Schule.		
Unser Kind hat Sprachauffälligkeiten.		
Unser Kind hat Lernauffälligkeiten im Bereich _____ _____.		
Unser Kind ist motorisch ungeschickt, wenig sportlich.		
Unser Kind ist sehr unruhig, viel in Bewegung.		
Unser Kind kann sich schlecht konzentrieren.		
Unser Kind handelt oft unüberlegt.		
Unser Kind zeigt Ängste vor Tieren oder bestimmten Orten.		
Unser Kind kann sich schlecht von den Eltern trennen.		
Unser Kind macht sich ständig Sorgen.		
Unser Kind zeigt Zwänge.		
Und muss bestimmte Dinge immer wieder tun		
Unser Kind ist häufig traurig.		
Unser Kind ist leicht reizbar.		
Unser Kind scheint sich für nichts zu interessieren.		
Unser Kind hat wenig Selbstbewusstsein.		
Unser Kind zeigt ein auffälliges Esst/erhalten.		
Unser Kind nässt ein.		
Unser Kind kotet ein.		
Unser Kind hat Ein- oder Durchschlafprobleme.		
Unser Kind klagt häufig über Kopf- oder Bauchschmerzen.		
Unser Kind verletzt sich absichtlich selbst.		
Unser Kind will nicht mehr leben oder redet davon, dass es sich etwas anzutun will.		

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit. 😊