

(nutzen Sie für weiterführende Informationen ggf. die letzte Seite oder ein Extrablatt)

(nutzen Sie für weiterführende Informationen ggf. die letzte Seite oder ein Extrablatt)

Angaben zum Kind

Name, Vorname
Geburtsdatum und –ort
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)
Das Kind lebt bei: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Heim / WG ☐ andere, welche?
Wer hat das Sorgerecht? ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Amtsvormund
Schule und Klasse:
Haus-/ Kinderarzt:
Krankenkasse und Versicherungsnummer:
Pflegegrad vorhanden? Wenn ja, welcher (0, 1, 2, 3, 4, 5)?

Angaben zu den Eltern

	Mutter	Vater	Lebenspartner/-in
Name, Vorname			
Geburtsdatum			
Telefonnummer			
Schulabschluss			
Erlerner Beruf			
Jetziger Beruf und Arbeitsstelle			
Psychische Besonderheiten (Charakter, Gewohnheiten)			
Erkrankungen			
Status der Eltern: ☐ ledig ☐ verheiratet, seit: ☐ getrennt, seit: ☐ geschieden, seit: ☐ in neuen Beziehungen, seit:			
Welche körperlichen und psychischen Erkrankungen hat es in der Familie gegeben? Mütterlicherseits: _____ Väterlicherseits: _____			

Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie unsere Hilfe?

Seit wann besteht die Problematik?

Welche Veränderungen wünschen Sie sich bei Ihrem Kind? Welche Therapieziele haben Sie?

Patientenvorgeschichte

Wie verlief die Schwangerschaft?

War Ihre Tochter / Ihr Sohn ein Wunschkind?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn Erbrechen in der Schwangerschaft auftrat, kreuzen Sie die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Wenn Blutungen in der Schwangerschaft auftraten, kreuzen Sie die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Wenn es in der Schwangerschaft zu vorzeitigen Wehen kam, kreuzen Sie die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Traten in der Schwangerschaft Erkrankungen auf?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Erkrankung in welchem Monat? _____

Welche Medikamente wurden in welchen Monaten der Schwangerschaft eingenommen? _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Zigaretten geraucht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich? _____

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel Alkohol? _____

Hatten Sie während der Schwangerschaft Unfälle, Operationen oder auch seelische Belastungen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Welche Einstellung hatten Sie zum Geschlecht des Kindes? Sie wollten unbedingt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

☐ einen Jungen ☐ ein Mädchen ☐ das Geschlecht war Ihnen eher gleichgültig.

Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

Alter der Mutter bei der Geburt? _____ Jahre

In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) erfolgte die Geburt? _____

Die Geburt dauerte vom Einsetzen der ersten Wehen an _____ Stunden.

Welche Komplikationen lagen bei der Geburt vor?

(z.B. künstliche Einleitung, Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Steißgeburt, Blutaustausch, Verschlechterung Herztöne, Nabelschnurumschlingung, künstliche Beatmung, Brutkasten, Gelbfärbung, Sauerstoffbeatmung, Brustkasten)

Geburtsgewicht: _____ Geburtslänge: _____ Apgarwerte (gelbes Heft): _____

Frühkindliche Entwicklung

Bestanden in folgenden Bereichen Auffälligkeiten?

Schlafverhalten ☐ Nein ☐ Ja, bitte beschreiben (wann und welche?): _____

Trink-/Essverhalten ☐ Nein ☐ Ja, bitte beschreiben (wann und welche?): _____

Sauberkeitsentwicklung ☐ Nein ☐ Ja, bitte beschreiben (wann und welche?): _____

Trocken tagsüber (Lebensmonat): _____ Trocken nachts (Lebensmonat): _____

Motorische Entwicklung ☐ Nein ☐ Ja, bitte beschreiben (wann und welche?): _____

Sitzen mit (Lebensmonat): _____ Laufen mit (Lebensmonat): _____

Sprachentwicklung ☐ Nein ☐ Ja, bitte beschreiben (wann und welche?): _____

Erste Worte mit (Lebensmonat): _____ Ganze Sätze mit (Lebensmonat): _____

Die ersten 3 Lebensjahre – Gab es auffällige Verhaltensweisen? Wenn ja, welche? (mehrere Angaben möglich)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ immer in Bewegung | ☐ verletzte sich viel | ☐ Kopfwerfen, |
| ☐ ungeschickt mit den Händen | ☐ sehr ruhig, bewegungsarm | ☐ Einschlafstörungen |
| ☐ Durchschlafstörungen | ☐ Angstträume, Schlafwandeln | ☐ Essschwierigkeiten |
| ☐ klammert | ☐ distanzlos | ☐ Trotzanfälle |
| ☐ wehrt Körperkontakt ab | ☐ sehr ängstlich gegenüber Fremden | ☐ eifersüchtig |
| ☐ oft krank | ☐ spielte wenig auf eigene Initiative | ☐ gehemmt, unsicher |
| ☐ Daumenlutschen | ☐ Nägelkauen | ☐ wenig Spielfreude |

Andere Verhaltensweisen? _____

Was ist Ihnen positiv in den ersten Lebensjahren aufgefallen? _____

Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

Welche Kinderkrankheiten lagen beim Kind vor?

- | | |
|--|---------------------------|
| ☐ Masern | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Mumps | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Röteln | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Keuchhusten | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Scharlach | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Diphtherie | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Windpocken | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Ohrenerkrankungen | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Hörstörungen | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Augenerkrankungen | im Alter von _____ Jahren |
| ☐ Sehstörungen | im Alter von _____ Jahren |

☐ Sprachstörungen	im Alter von _____ Jahren
☐ Bewegungsstörungen	im Alter von _____ Jahren
☐ Stoffwechselerkrankungen / Diabetes	im Alter von _____ Jahren
☐ Asthma	im Alter von _____ Jahren
☐ Hirn- / Hirnhautentzündungen	im Alter von _____ Jahren
☐ Anfallsleiden	im Alter von _____ Jahren
☐ Hauterkrankungen	im Alter von _____ Jahren
☐ Allergien	im Alter von _____ Jahren
☐ Schwere Unfälle	im Alter von _____ Jahren
☐ andere Krankheiten, welche? _____	im Alter von _____ Jahren
_____	im Alter von _____ Jahren

Impfungen

Welche Impfungen hat das Kind erhalten?		
Diphtherie-Perussus-Tetanus:	☐ Ja	☐ Nein
Haemophilus Influenza:	☐ Ja	☐ Nein
Masern-Mumps-Röteln:	☐ Ja	☐ Nein
Polio:	☐ Ja	☐ Nein
Windpocken:	☐ Ja	☐ Nein
Meningokokken:	☐ Ja	☐ Nein
Hepatitis:	☐ Ja	☐ Nein

Welche medikamentösen Behandlungen bekam Ihr Kind?

☐ keine	☐ Folgende:
Medikament: _____ Dosis: _____	Behandlungsbeginn/ -Dauer: _____
Medikament: _____ Dosis: _____	Behandlungsbeginn/ -Dauer: _____

Operationen

☐ keine	☐ Folgende:
Jahr: _____ Art der OP: _____	
Jahr: _____ Art der OP: _____	

(Nur bei Mädchen)

Sind bereits Monatsblutungen vorhanden?	☐ Nein	☐ Ja, seit (Lebensjahr angeben): _____
Treten die Monatsblutungen regelmäßig auf?	☐ Nein	☐ Ja
Wann war die letzte gynäkologische Untersuchung?(Monat und Jahr angeben):	_____	
Wird die Pille eingenommen?	☐ Nein	☐ Ja, seit: _____

Bisherige Behandlungs- und Lösungsversuche wegen der bestehenden Auffälligkeiten

☐ Sozialpädiatrisches Zentrum	Ort/Name: _____	In welchem Jahr?
☐ Beratungsstelle	Ort/Name: _____	In welchem Jahr?
☐ Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Ort/Name: _____	In welchem Jahr?
☐ Kinder- und Jugendlichenpsychiater	Ort/Name: _____	In welchem Jahr?
☐ Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut	Ort/Name: _____	In welchem Jahr?
☐ Andere:	Ort/Name: _____	In welchem Jahr?

Kontakt zum Jugendamt

- ☐ keine
☐ ja, Ansprechpartner/ zuständiges Jugendamt: _____
☐ letzter Kontakt (Monat/Jahr): _____
☐ ggf. integrierte Hilfen (welche, von/bis): _____

Bisherige Maßnahmen zur Förderung des Kindes

☐ Ergotherapie	Wo?	Wann?
☐ Frühförderung	Wo?	Wann?
☐ Heilpädagogische Betreuung	Wo?	Wann?
☐ Logopädie	Wo?	Wann?
☐ Physiotherapie	Wo?	Wann?
☐ Sonstiges:	Wo?	Wann?

Soziale Anamnese

Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

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

- ☐ beide Elternteile ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Großeltern
☐ Tagesmutter ☐ andere Personen/Einrichtungen: _____

Trennung des Kindes von den Hauptbezugspersonen (länger als 1 Monat)

Trennung	von der Mutter	von dem Vater	Anlass / Grund
1. Lebensjahr	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
2.- 3. Lebensjahr	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
5.-9. Lebensjahr	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	
ab 10. Lebensjahr	☐ Ja ☐ Nein	☐ Ja ☐ Nein	

Fragen zur Kindergartenzeit

Hat Ihr Kind einen/mehrere Kindergärten besucht? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welchen? (Eintrittsalter/ Austrittsalter) _____

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten? ☐ Ja ☐ Nein, Grund: _____

Ging Ihr Kind regelmäßig in den Kindergarten? ☐ Ja ☐ Nein, Grund: _____

Hatte Ihr Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie zeigten sich diese? _____

Hat das Kind im Kindergartenalter auffällige Verhaltensweisen gezeigt? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche Verhaltensweisen?

- ☐ aggressiv ☐ oppositionell ☐ ängstlich ☐ hypermotorisch / zappelig ☐ traurig, niedergeschlagen
☐ sozial unsicher ☐ Kontaktstörung ☐ Spielstörung ☐ Trennungsangst
☐ sonstige, welche? _____

Fragen zur Schulzeit (überspringen, wenn Kind im Vorschulalter)

Folgende Schulen hat das Kind besucht: (Name, Schultyp, Eintritts-/Austrittsalter angeben)

Ging/geht das Kind gern in die Schule? ☐ Ja ☐ Nein, Grund: _____

Ging/geht das Kind regelmäßig in die Schule? ☐ Ja ☐ Nein, Grund: _____

Hatte Ihr Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie zeigten sich diese? _____

Gab es Wiederholungen von Klassen? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Klasse und Grund angeben: _____

Aktuelle Klassenstufe: _____

Lieblingsfächer: _____ Unliebsame Fächer: _____

Leistungsstand/ Noten: _____

Verhältnis zwischen Kind und Lehrern: _____

Verhältnis zwischen Kind und Mitschülern: _____

Wer versorgt das Kind nach der Schule?

☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Verwandte ☐ Hort ☐ Tagesgruppe ☐ Tagesmutter

☐ andere: _____

Haben die Lehrer oder Sie auffällige Verhaltensweisen im Schulalter beobachtet? Mehrfachnennungen möglich)

☐ Schlechtes Betragen / Aggression ☐ Kontaktstörungen ☐ Hypermotorisches / Zappeliges Verhalten ☐ Lese-Rechtschreibschwäche ☐ Rechenschwäche ☐ Aufmerksamkeits-/ Konzentrationsprobleme ☐ starke Leistungsschwankungen ☐ Leistungsverweigerung ☐ mangelnde Leistungsmotivation ☐ Schulschwänzen ☐ übermäßiger Ehrgeiz ☐ Versagens- und Leistungsängste

☐ Perfektionismus ☐ traurig/ niederschlagen ☐ häufiges Fehlen wegen Krankheit

☐ sozial unsicher ☐ andere: _____

Wie macht das Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

☐ selbständig ☐ mit gelegentlicher Hilfe ☐ nur mit Hilfe ☐ sorgfältig ☐ gar nicht

☐ anders: _____

Durchschnittlich benötigte Zeit für die Hausaufgaben? (bitte in Minuten pro Tag angeben): _____

Erhält das Kind Nachhilfe? ☐ Nein ☐ Ja, in: _____

Berufswunsch

Hat das Kind einen Berufswunsch? ☐ Nein ☐ Ja, diesen: _____

Wurde bereits eine Ausbildung begonnen? ☐ Nein ☐ Ja, diese: _____ seit: _____

Freizeitverhalten

Wo verbringt das Kind die meiste Zeit?

☐ innerhalb der Wohnung ☐ außerhalb der Wohnung

Im Hause beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten mit: _____

Im Freien beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten mit? _____

Gibt es riskante Aktivitäten? ☐ Nein ☐ Ja, diese: _____

Mit wem ist das Kind öfter zusammen?

☐ mit Gleichaltrigen ☐ mit Jüngeren ☐ mit Älteren ☐ mit Erwachsenen ☐ ist eher allein

Spezielle Personen, mit denen das Kind gern zusammen ist: _____

Wie häufig bringt das Kind Freunde mit nach Hause? ☐ sehr oft ☐ häufig ☐ selten ☐ nie

Gewinnt Ihr Kind leicht Freunde? ☐ Ja ☐ Nein

Wird Ihr Kind von einigen anderen Kinder / Jugendliche deutlich abgelehnt? ☐ Ja ☐ Nein

Hobbies des Kindes sind: _____

Gemeinsam mit der Familie unternimmt das Kind: _____

Erziehung

Wer erzieht vorwiegend das Kind? ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater

☐ andere Personen/ Institutionen, welche? _____

Wie ist die Übereinstimmung zwischen den erziehenden Personen?

☐ völlige Übereinstimmung ☐ in wesentlichen Fragen Übereinstimmung ☐ häufige Uneinigkeit

Welche der folgenden Erziehungsmaßnahmen werden genutzt? (mehrere Angaben möglich):

☐ Lob ☐ Tadel ☐ Taschengeldentzug ☐ Zimmerarrest ☐ eine Ohrfeige

☐ Strafarbeiten ☐ ab und zu ein „Klaps“ ☐ Schenken von Spielzeug ☐ Fernsehverbot ☐ „links“ liegen lassen

☐ Belohnung mit Süßigkeiten ☐ Belohnung mit Geld ☐ andere Erziehungsmaßnahmen, welche: _____

Wie reagiert das Kind auf Belohnungen und welche wirken? _____

Wie reagiert das Kind auf Strafen und welche wirken? _____

Beziehung der Eltern

Wie würden Sie die Beziehung/ Partnerschaft beschreiben? (Mehrfachnennungen möglich)

☐ normal ☐ harmonisch ☐ glücklich ☐ schwierig ☐ unharmonisch ☐ zerstritten ☐ anderes: _____

Wie oft gibt es Streit? ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ sehr häufig ☐ immer

Typische Streitthemen sind: _____

Wie werden in der Beziehung/ Partnerschaft Konflikte gelöst? _____

Wie ist die Beziehung zwischen Eltern und Kind? Beschreibung: _____

Angaben zu Geschwistern (wenn weitere Geschwister, bitte auf Extrablatt ergänzen.)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/ Klasse/ Beruf	Psychische Besonderheiten

Wie würden Sie die Beziehung zwischen den Geschwistern beschreiben?

☐ normal ☐ harmonisch ☐ glücklich ☐ schwierig ☐ unharmonisch ☐ zerstritten ☐ anderes: _____

Wie oft gibt es Streit? ☐ nie ☐ selten ☐ häufig ☐ sehr häufig ☐ immer

Gab es besonders belastende Ereignisse im Leben des Kindes?

- ☐ keine
- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Scheidung / Trennung der Eltern | ☐ Tod eines Familienangehörigen | ☐ Tod eines Bekannten / Freundes |
| ☐ Tod eines Haustieres | ☐ Gewalterfahrungen | ☐ Missbrauch |
| ☐ Vernachlässigung | ☐ Unfälle (auch anderer) | |
- ☐ andere traumatische Ereignisse, welche? _____
- _____

Allgemeine Anamnese

Ein- oder Durchschlafstörungen?	☐ nein ☐ ja, Form/Häufigkeit:
Regelmäßige Schmerzen?	☐ nein ☐ ja, folgende:
Schwierigkeiten bei den Ausscheidungen? (Wasserlassen, Stuhlgang)	☐ nein ☐ ja, folgende:
Auffälligkeiten beim Essverhalten? (bspw. zu viel/wenig Appetit)	☐ nein ☐ ja, folgende:
Drogen-/ Suchtmittelkonsum? (bspw. Nikotin, Alkohol, Cannabis, weitere?)	☐ nein ☐ ja, folgende: Häufigkeit:
Selbstverletzende Verhaltensweisen?	☐ nein ☐ ja, folgende:

Platz für Anmerkungen oder Ergänzungen

Vielen Dank für das sorgfältige Ausfüllen des Fragebogens!