

Elternfragebogen

Datum:

Name des

Kindes: _____ geb.: _____

Adresse: _____

_____ Tel.: _____

Schule: _____ Klasse: _____

Lehrerin _____ Tel.: _____

Krankenversicherung: _____

Hausarzt/Kinderarzt: _____

Adresse: _____

Grund der Anmeldung

Wurden Sie hierher empfohlen/überwiesen? _____

Wenn ja, von wem? _____

I. Familie:

Geschwister _____ geb. _____

_____ geb. _____

_____ geb. _____

Halb/ Stiefgeschwister: _____ geb. _____

_____ geb. _____

Mutter des Kindes _____ geb. _____

Schulbildung/Beruf: _____

zur Zeit berufstätig als _____ nicht berufstätig _____

Vater des Kindes _____ geb. _____

Schulbildung/Beruf: _____

zur Zeit berufstätig als _____ nicht berufstätig _____

verheiratet seit _____ nicht verheiratet _____ getrenntlebend seit _____

geschieden seit: _____ Sorgerecht: _____

Leben weitere Personen in der Familie: _____

Gibt es Kontakte zu den Großeltern? _____

Zu den Eltern der Mutter? _____ wie häufig: _____

Zu den Eltern des Vaters? _____ wie häufig: _____

Weitere wichtige Bezugspersonen des Kindes: _____

Besondere Lebensumstände:

Schwere körperliche /psychische Krankheiten oder Tod einer wichtigen
Bezugsperson/ viele Umzüge/ häufiger Schulwechsel/ Fremdunterbringung/
andere Belastungen:

II. Vorgeschichte:

Gab es Probleme in der Schwangerschaft? Bei der Geburt?

Welche: _____

Wann konnte ihr Kind: allein gehen: _____

erste Worte sprechen: _____

Wann war ihr Kind sauber: _____

Gab es Probleme in der Vorschulzeit? _____

Welche? _____

Wie verlief bisher die schulische

Entwicklung? _____

Gab/gibt es wesentliche Erkrankungen Ihres Kindes

(Krankenhausaufenthalte, Unfälle): Welche? _____

III. Besonderheiten/Auffälligkeiten Ihres Kindes (Zutreffendes bitte ankreuzen):

-
- | | |
|-----------------------------|---|
| • Geringer Selbstwert | <input type="radio"/> |
| • Ängste | <input type="radio"/> welche? |
| • Zwanghaftes Verhalten | <input type="radio"/> welches? |
| • Starke Unruhe | <input type="radio"/> |
| • Konzentrationsschwäche | <input type="radio"/> in welchen Situationen? |
| • Lernschwäche | <input type="radio"/> in welchen Bereichen? |
| • Depressive Stimmung | <input type="radio"/> |
| • Aggressivität | <input type="radio"/> wem gegenüber? |
| • Autoaggression/ | <input type="radio"/> |
| • Selbstverletzung | <input type="radio"/> |
| • Eifersucht | <input type="radio"/> wem gegenüber? |
| • Kontaktschwierigkeiten | <input type="radio"/> in welchen Situationen? |
| • Schlafstörungen | <input type="radio"/> |
| • Alpträume | <input type="radio"/> |
| • Essstörung | <input type="radio"/> welche? |
| • Einnässen | <input type="radio"/> tagsüber <input type="radio"/> nachts <input type="radio"/> |
| • Einkoten | <input type="radio"/> in welchen Situationen? |
| • Körperliche Hemmnisse | <input type="radio"/> welche? |
| • Einnahme von Medikamenten | <input type="radio"/> welche? |
| • Familiäre Probleme | <input type="radio"/> welche? |
| • Selbstmordgedanken | <input type="radio"/> wann? In welcher Situation geäußert? |
-

Weitere Erläuterungen:

IV. Hobbys und Stärken des Kindes:

Welche Hobbys und Interessen hat ihr Kind?

In welchen Situationen ist ihr Kind entspannt und zufrieden?

V. Verhältnis zu den Geschwistern/ Eltern/Freunden:

Mit welchem Geschwisterkind ist das Kind besonders gern zusammen?: _____ Warum? _____

Ist das Kind auch mit einem Elternteil besonders gern zusammen? Ja/Nein
Warum? _____

Hat das Kind viele Freunde? _____

Hat das Kind eine beste Freundin/einen besten Freund: _____

Welche Personen oder Dinge würde ihr Kind auf eine einsame Insel mitnehmen?:

VI. Veränderungswünsche:

Was wäre ihr größter Wunsch, was sich durch die Therapie verändern soll:

Was haben Sie bisher schon unternommen? _____

Was soll auf keinen Fall passieren? _____

Was sollte die Psychotherapeutin noch wissen: _____

Wer hat den Bogen ausgefüllt?
