



Fragebogen zu Kind und Familie

Bitte ausgefüllt zurücksenden, vielen Dank!

Name (des Kindes):

Geburtsdatum:

Straße/Hsnr.:

PLZ/Wohnort:

Staatsangehörigkeit:

Name (der Mutter):

Geburtsdatum:

Straße/Hsnr.:

PLZ/Wohnort:

Staatsangehörigkeit:

Telefon (zu Hause/tagsüber/mobil):

Name (des Vaters):

Geburtsdatum:

Straße/Hsnr.:

PLZ/Wohnort:

Staatsangehörigkeit:

Telefon (zu Hause/tagsüber/mobil):

Wer sind die Erziehungsberechtigten?

Aus welchen Gründen / mit welchen Beschwerden stellen Sie Ihr Kind vor?



Bitte berichten Sie hier über die Schwangerschaft, die Geburt und die Neugeborenenperiode!

Ihre wievielte Schwangerschaft war das?

Wie war der Verlauf der Schwangerschaft? unauffällig

auffällig

Welche Besonderheiten gab es in der Schwangerschaft?

Krankheiten ja nein

Alkohol/Zigaretten ja nein

Medikamenteneinnahme ja nein

Vorzeitige Wehen ja nein

Wie verlief die Geburt? (Bitte bringen Sie zum ersten Termin auch das gelbe Untersuchungsheft mit)

In welcher Schwangerschaftswoche?

Spontan Saugglocke Zangengeb. Kaiserschnitt

Gewicht Länge APGAR Kopfumfang

Neugeborenenperiode:

Welche Auffälligkeiten gab es nach der Geburt?

Gelbsucht Phototherapie: (wie lange?)

Verlegung in andere Klinik ja nein

Frühchen Atmungsprobleme Beatmung

Wärmebettchen Sepsis

Säuglingsperiode:

Haben Sie das Kind gestillt? nein ja wie lange?

Beschreibung des Kindes als Säugling: Schreikind ja nein

ruhiges Kind ja nein

Sonstiges:



Bitte beschreiben Sie die Kleinkindperiode:

Freies Sitzen mit Monaten Krabbeln mit Monaten Freies Laufen mit Monaten

Sprachentwicklung (Zweiwortsätze) mit Monaten

Tagsüber Sauber und Trocken mit Jahren Nachts Sauber und Trocken mit Jahren

Wie hat Ihr Kind als Kleinkind gespielt?

Wie verlief die Trotzphase?

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? nein ja Zeitraum von bis

War Ihr Kind ein Integrationskind? ja nein

Gab es eine Trennungsproblematik? ja nein wenn ja, wie lange? Wochen

Gab es Auffälligkeiten in der Kindergarten-Gruppe ja nein

Wenn ja welche?

Wie verläuft der Schulbesuch bei Ihrem Kind? (Bitte bringen Sie zum ersten Termin Zeugnisse mit)

Seit wann besucht Ihr Kind die Schule?

Wurde Ihr Kind termingerecht eingeschult? ja nein

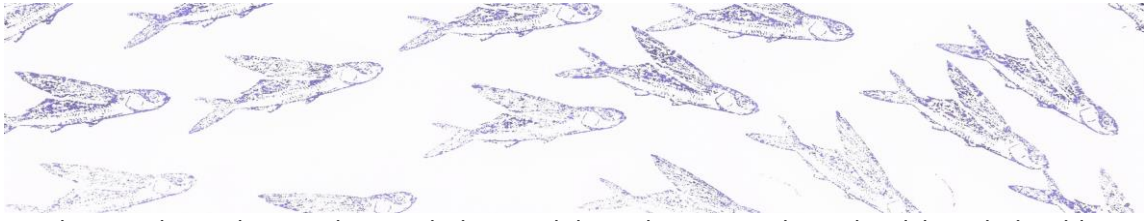
Name / Anschrift / Telefon der Schule

Ist Ihr Kind ein Integrationskind? nein ja

Welche Klasse besucht Ihr Kind? Klassenlehrer(in):

Lieblingsfächer Ihres Kindes: Schwierige Fächer:

Nachmittagsbetreuung durch Schule Mutter Vater andere



Wie kommt Ihr Kind mit anderen Schülern und den Lehrern zurecht und welche Schulprobleme gibt es? (Bitte nennen Sie Beispiele)

Bitte beschreiben Sie Spielgewohnheiten und Hobbies Ihres Kindes!

Was spielt und tut Ihr Kind gerne? (Bitte geben Sie Beispiele)

Machen Sie Angaben zum Medienkonsum Ihres Kindes in der Schulzeit:

Fernsehen: weniger als ½ Std./Tag ½ - 1 Std./Tag mehr als 1 Std./Tag

Computer: weniger als ½ Std./Tag ½ - 1 Std./Tag mehr als 1 Std./Tag

Konsolenspiele: weniger als ½ Std./Tag ½ - 1 Std./Tag mehr als 1 Std./Tag

Machen Sie Angaben zum Medienkonsum Ihres Kindes am Wochenende / in den Ferien:

Fernsehen: weniger als ½ Std./Tag ½ - 1 Std./Tag mehr als 1 Std./Tag

Computer: weniger als ½ Std./Tag ½ - 1 Std./Tag mehr als 1 Std./Tag

Konsolenspiele: weniger als ½ Std./Tag ½ - 1 Std./Tag mehr als 1 Std./Tag

Welche Sportarten übt Ihr Kind aus?

Spielt Ihr Kind ein Musikinstrument?



In welchen Vereinen ist Ihr Kind?

Welche psychischen Auffälligkeiten bei Ihrem Kind sind Ihnen bekannt? (Bitte geben Sie Beispiele und geben Sie bitte Beginn und Verlauf an)

Wie wurde Ihr Kind deshalb bisher untersucht und behandelt? (Bitte geben Sie jeweils den Namen des Arztes od. Psychologen und den Zeitraum an und bringen Sie bitte Vorbefunde mit)

Wann und mit welchem Ergebnis wurde die Intelligenz Ihres Kindes getestet?

Welche Kinderkrankheiten hat Ihr Kind bereits durchgemacht?

Welche sonstigen Krankheiten sind Ihnen bekannt?

Hatte Ihr Kind jemals einen Krampfanfall oder Fieberkrampf?

Hatte Ihr Kind Unfälle mit Bewusstlosigkeit?

Impfungen gegen:

vollständig nicht vollständig

Welche Allergien sind bekannt?

Welche Medikamente nimmt Ihr Kind zur Zeit ein?



Bitte beschreiben Sie Ihre Familie!

Mutter:

Vater:

Schulabschluß:

Schulabschluß:

Ausbildung:

Ausbildung:

Ausgeübter Beruf

Ausgeübter Beruf

vollzeit/teilzeit:

vollzeit/teilzeit:

Erkrankungen der
Mutter:

Erkrankungen
des Vaters:

Erkrankungen der
Mutter der Mutter:

Erkrankungen
der Mutter des
Vaters:

Erkrankungen des
Vaters der Mutter:

Erkrankungen
des Vaters des
Vaters:

Erkrankungen bei
Geschwistern der
Mutter:

Erkrankungen bei
Geschwistern des
Vaters:

Falls Sie getrennt leben oder in Trennung / Scheidung sind

geben Sie bitte an:

Zeitpunkt der Trennung:

Zeitpunkt der Scheidung:

Seit wann lebt Vater/Mutter nicht mehr in Familie:

Besteht noch Kontakt zu Vater/Mutter und Kindern: ja nein

Sorgerecht liegt bei: Mutter Vater andere



Bitte machen Sie Angaben zu den Geschwistern des Kindes:

Name:

Name:

Name:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Geburtsdatum:

Schule/Beruf:

Schule/Beruf:

Schule/Beruf:

Krankheiten:

Krankheiten:

Krankheiten:

Verhaltensauffälligkeiten:

Verhaltensauffälligkeiten:

Verhaltensauffälligkeiten:

Besteht Kontakt zum Jugendamt? (Bitte geben Sie die Art der Hilfe zur Erziehung an sowie das zuständige Jugendamt, Sachbearbeiter, Telefon)

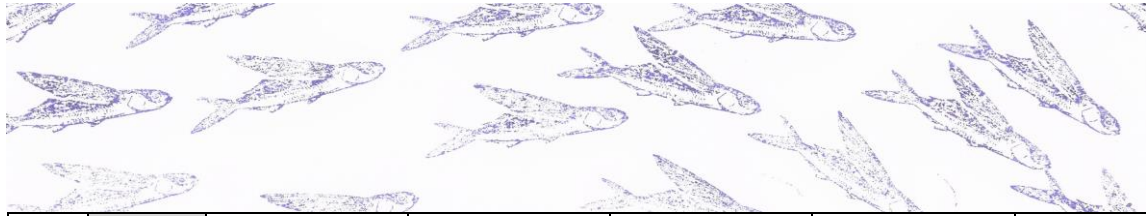
Gab es in der Vergangenheit belastende Ereignisse? (Schulwechsel, Umzüge, Verlust einer Bezugsperson, Sonstiges)

Gibt es belastende Lebensumstände in der Familie? (Arbeitslosigkeit, finanzielle Sorgen, Krankheit, Sonstiges)

Für das Kind: Was würdest Du zurzeit gerne verändern / verbessern? (Bitte auf einem gesonderten Blatt)

Für die Eltern: Was erhoffen Sie sich von der Behandlung? (Bitte auf einem gesonderten Blatt)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!



Anleitung: Schreiben Sie das Problemverhalten auf, wann und wo es aufgetreten und was davor und danach geschehen ist.						
Datum, Uhrzeit	Problem	Situation	Was passierte vorher?	Was passierte nachher?	Bemerkungen	