

ELTERNFRAGEBOGEN

KINDER- UND
JUGENDLICHEN
PSYCHOTHERAPEUT

DR. PHILIPP KÜHN

Bahnhofstraße 43
87719 Mindelheim

kontakt@praxiskuehn.net

08261 / 7981722

Name des Kindes: _____
(Geburtsdatum)

Das Sorgerecht für o. g. Kind liegt bei:

(Adress- und Kontaktdaten bitte für beide Elternteile ausfüllen, sofern abweichend)

Mutter _____
(Vorname, Name) (Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

(Festnetz)

(Mobil)

(E-Mail)

Vater _____
(Vorname, Name) (Geburtsdatum)

(Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

(Festnetz)

(Mobil)

(E-Mail)

beiden o. g. Personen

Jugendamt

Betreffend getrennt lebende Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Ich bestätige, dass der getrennt lebende Elternteil, mit dem ich mir das Sorgerecht für unser Kind teile, über die Einleitung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der psychotherapeutischen Praxis informiert ist und damit einverstanden ist.

(Datum)

(Unterschrift)

Ihr Kind besucht zurzeit (bitte ankreuzen):

Kindergarten

Grundschule

Lehre/Ausbildung

Förderschule

Mittelschule

Realschule

Gymnasium

Klassenstufe: _____

Aktueller Leistungsstand: _____

1. Welche positiven Eigenschaften fallen Ihnen zu Ihrem Kind spontan ein?

2. Welche Interessen hat Ihr Kind? (z. B. Spielzeug, Sport, Lesen, Film)

3. Welche positiven Eigenschaften fallen Ihnen zu sich selbst ein?

Mutter: _____

Vater: _____

4. Welche Interessen haben Sie?

Mutter: _____

Vater: _____

5. Was ist der Grund für die Vorstellung?

6. Welche Hilfe wünschen Sie sich?

7. Wann haben die Schwierigkeiten ungefähr begonnen?

8. Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten?

9. Was haben Sie bislang zur Lösung der Schwierigkeiten unternommen?

Familienanamnese

- 1.** Gab es seit der Geburt des Kindes Ereignisse, die das Kind belastet haben?
(z. B. Trennungen, Todesfälle, Umzüge, Erkrankungen, Mobbing, etc.)

- 2.** Gibt oder gab es psychiatrische oder neurologische Erkrankungen in den Familien väterlicher- oder mütterlicherseits?
(z. B. Depressionen, ADHS, Angsterkrankungen, Wahnerkrankungen, Alkoholprobleme, Legasthenie, Zwänge, Epilepsie, Essstörungen, Schizophrenie)

- 3.** Schulabschluss und Beruf

Mutter: _____

Vater: _____

- 4.** Gibt es Geschwister?

nein ja, bitte angeben: Geschlecht (m/w), Alter, Schulart, Erkrankungen

5. Derzeitige Wohnsituation

5.1 Lebt in der Familie mit den leiblichen Eltern? ja nein
(wenn nein, besteht noch Kontakt zu den leiblichen Eltern: ja nein)

5.2 Lebt nach Scheidung/Trennung nur bei einem Elternteil: Mutter Vater

Trennung seit: _____

Geschieden seit: _____

5.3 Lebt in einer Pflegefamilie / im Heim? nein ja:

seit: _____

Name der Pflegefamilie / des Heims: _____

5.4 Lebt in einer Adoptivfamilie nein ja:

seit: _____

Gibt es Kontakte zum Jugendamt (bzw. Erziehungsbeistand, eine Familienhilfe)? nein ja:

Wenn ja, Ansprechpartner:

Eigenanamnese:

6. Gab es im Schwangerschaftsverlauf Komplikationen? nein ja:

7. Gab es während der Schwangerschaft schädigende Einflüsse (z. B. Rauchen, Alkohol, andere Drogen)? nein ja:

8. Zur Geburt:

Alter der Mutter: _____ Jahre

Geburtstermin: normal falls abweichend: Geburt in der _____ SSW

Geburtsgewicht: _____ g Körperlänge bei Geburt: _____ cm

Geburtsverlauf:

ungestört verlängert Sturzgeburt Kaiserschnitt

Nabelschnurumschlingung Zange Sauerstoffmangel

Sonstiges:

9. Gab es in der Säuglingszeit Probleme (z.B. viel geschrien, Behandlung in Klinik, Brutkasten)? nein ja:

10. Gab es bei Ihrem Kind irgendwann einmal einen Klinikaufenthalt

(z. B. wegen eines Unfalls, einer Operation, einer schweren Erkrankung)? nein ja:

11. Gibt es schwere oder chronische Erkrankungen? nein ja:

12. Entwicklungsdaten des Kindes:

Grobmotorik: normal auffällig: _____

Laufalter: _____ Monate

Feinmotorik: normal auffällig: _____

Sprache: normal auffällig: _____

erste Worte: _____ Monat

Ist Ihr Kind nachts und tagsüber trocken und sauber?

ja, seit einem Alter von _____ Jahren

nein. Welche Probleme gibt es und in welcher Häufigkeit?

13. Gibt es Besonderheiten im Kindergarten (z. B. länger anhaltende Trennungsangst, motorische Unruhe, Förderkindergarten / SVE, Aggressivität gegenüber anderen Kindern)? nein ja:

14. Gab es Auffälligkeiten bei der Einschulung? nein ja:

15. Bisheriger Schulverlauf:

Besuch der Grundschule von _____ bis _____

Besuch einer Förderschule von _____ bis _____

nach der Grundschule Wechsel auf Mittelschule Realschule Gymnasium

Klassenwiederholungen? nein ja: _____

16. Ist ihr Kind bereits von einem Schulpsychologen getestet worden? nein ja:

17. Kreuzen Sie bitte an, wenn Ihr Kind bereits wie folgt behandelt / gefördert wird / wurde:

Ergotherapie

Logopädie

Frühförderung

Erziehungsberatung

Psychotherapie

Kinderpsychiater (medikamentöse Behandlung? _____)

Falls ja, geben Sie bitte den Zeitraum der jeweiligen Behandlung an:

19. Bitte beschreiben Sie einen typischen Tagesablauf Ihres Kindes an einem Schultag.

Aufstehen um: _____ Uhr

Schulgang um: _____ Uhr

Rückkehr um: _____ Uhr

Mittagessen um: _____ Uhr

Abendessen um: _____ Uhr

Zubettgehen um: _____ Uhr

Tätigkeiten nach der Schule:

Bitte beschreiben Sie einen typischen Tagesablauf (mit Uhrzeiten) Ihres Kindes am Wochenende:

18. Hat Ihr Kind häufig Konzentrationsprobleme? nein ja:

19. Ist Ihr Kind häufig sehr unruhig, ungeduldig oder impulsiv? nein ja:

20. Ist Ihr Kind häufig ängstlich? nein ja

Wann? _____

21. Kommt Ihr Kind sozial gut zurecht? nein ja

22. Ist Ihr Kind häufig niedergeschlagen und unglücklich, weint es oft? nein ja:

23. Zeigt Ihr Kind bisweilen Verhaltensweisen, die Ihnen zwanghaft vorkommen? nein ja:

24. Gibt es Besonderheiten im Spielverhalten? nein ja:

25. Gibt es Besonderheiten in der sexuellen Entwicklung? nein ja:

26. Klagt Ihr Kind häufig über körperliche Beschwerden wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit etc.?
nein ja:

27. Hat Ihr Kind spezielle Schulleistungsschwierigkeiten (beim Rechtschreiben, Lesen oder Rechnen)? nein ja:
(wenn ja, in welchen Bereichen liegen die Probleme hauptsächlich?)

28. Hat Ihr Kind Probleme bzgl. des Schlafens (z. B. Ein- / Durchschlafschwierigkeiten)
oder des Essens (z. B. gesteigerter / verminderter Appetit)? nein ja:

29. Wie groß ist der Medienkonsum Ihres Kindes (durchschnittliche Stundenzahl pro Tag)?

Lesen: _____ Std./Tag

Welche Bücher? _____

Fernsehen: _____ Std./Tag

Internet: _____ Std./Tag

PC-Spiele: _____ Std./Tag

Spielkonsolen: _____ Std./Tag

30. Gibt es Hinweise, dass Ihr Kind Zigaretten oder Alkohol konsumiert bzw. sonstige Drogen nimmt? nein ja:

31. Treibt ihr Kind regelmäßig Sport? nein ja:

32. Woran würden Sie merken, dass es zu einer Besserung kommt?

(An Ihrem Kind, an sich selbst, an Ihrem Partner, an den Geschwistern, etc.)

33. Wer oder was könnte Ihrem Kind oder Ihnen als Eltern bei der Lösung Ihres Problems helfen?

(z. B. besondere Eigenschaften, Fähigkeiten, Stärken, gemeinsame Erinnerungen, gemeinsame Tätigkeiten, bereits gelöste Probleme, Freunde, Verwandte, etc.)?

- 34.** Wie schätzen Sie auf einer Skala von 0 – 10 die aktuelle Situation ein?
(0 = schlimmer geht es nicht, 10 = besser geht es nicht)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- 35.** Hier können Sie notieren oder ergänzen was Ihnen noch wichtig erscheint:

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!