

# 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!