

Eltern-Fragebogen zur Lebensgeschichte des Kindes / Jugendlichen zur Erstvorstellung

Wer füllt den Fragebogen aus? | _____

Patientenname, -vorname | _____

geboren am | _____ | email-Adresse | _____

Adresse | _____ | Wohngruppe?

Telefon | _____ | Handy | _____

A. aktuelle Situation | bitte versuchen Sie eine ausführliche Beschreibung

Aus welchem Grund stellen Sie Ihr Kind vor? | _____

Seit wann bestehen die Schwierigkeiten? | _____

Bei Problemen, die nicht ständig auftreten: | Wann treten sie auf? Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, wenn sich das Kind an bestimmten Orten aufhält, zu bestimmten Tageszeiten, in bestimmten Situationen und/oder in Anwesenheit bestimmter Personen?

Wer ist von der Problematik am meisten betroffen? Wer leidet stark? | _____

Welche Probleme/Erkrankungen bestehen bei Ihrem Kind außerdem?¹ | _____

Wer ist der behandelnde (Kinder-) Arzt, den wir regelmäßig über die Diagnostik und den Verlauf informieren können? | _____ Kein Bericht erwünscht

Bei welchen Ärzten/Therapeuten wurde Ihr Kind bislang vorgestellt? | Auch wegen anderer Probleme/Krankheiten ^α

Wird ihr Kind aktuell in einer sozialpsychiatrischen Einrichtung (z.B. sozialpädiatrisches Zentrum/ psychiatrische Institutsambulanz/ Praxis) behandelt? Nein | Wenn Ja, wo? _____

Sind bereits folgende Untersuchungen bei Ihrem Kind durchgeführt worden? | Wenn ja, wann und wo?

Kernspintomografie des Kopfes ^α | _____

Computertomografie/Röntgen ^α | _____

EEG (Hirnstrommessung) ^α | _____

Welche anderen Untersuchungen¹ sind bislang durchgeführt worden | Wo? _____

^α Bitte bringen Sie die Berichte und Befunde dazu mit, falls vorhanden.

B. bisherige Behandlungen | Therapien und Medikamente

Welche Lösungsversuche gab es bisher? | _____

Muss Ihr Kind zurzeit Medikamente einnehmen? | Bitte geben Sie auch die Dosis (Menge) an.

regelmäßige Einnahme | _____

Einnahme nur bei Bedarf | _____

Musste Ihr Kind früher einmal andere Medikamente einnehmen? | Wenn ja: welche und wann? _____

Wurde anderen Therapien durchgeführt? | Bitte geben Sie auch die Zeiträume, die Häufigkeit pro Woche und die jeweiligen Therapeuten (Praxisname und -adresse) an.

Krankengymnastik | _____

Ergotherapie | _____

Logopädie | _____

Frühförderung | _____

andere | _____

Welche Diagnostik und Therapien wurden bei einem oder mehreren ihrer Kinder durchgeführt? s.o.

C. Soziales | Kindergarten, Schule und Freizeit

Für Kindergarten- und Schulkinder | Welchen Kindergarten besucht oder besuchte Ihr Kind bzw. welcher Kindergarten ist geplant? Nennen Sie bitte die Adresse.

Kindergarten | _____

Es ist ein normaler Kindergarten / integrativer Kindergarten / Kindergarten für Behinderte Kinder*.

Besuch | (von / bis / seit) _____

Auffälligkeiten | Gab es Rückmeldungen über das Verhalten in der Gruppe / Spielverhalten? Welche?

Gab es über längere Zeit Trennungsangst? Wie lange?

Für Schulkinder | Welche Schule besucht Ihr Kind? Nennen Sie bitte die Adresse.

Schule | _____

Es ist eine/ein Grundschule / Hauptschule / Realschule / Gesamtschule / Gymnasium /
Förderschule - für körperliche und motorische Entwicklung / für Sprache / für Lernen / für geistige
Entwicklung / für emotionale und soziale Entwicklung*.

Klasse/Jahrgang | _____ Einschulung mit | _____ KlassenlehrerIn | _____

Geht gerne zur Schule _____ regelmäßig _____

Gab oder gibt es folgende Auffälligkeiten: Lernschwierigkeiten, Leistungsverweigerung, Schulangst, soziale Isolation, Konzentrationsprobleme, oppositionelles Verhalten gegenüber Lehrern?

Schulleistung | Hat Ihr Kind Lieblingsfächer? Welche? (Bitte bringen Sie eine Kopie des Zeugnisses mit)

Wie lange benötigt Ihr Kind für die Hausaufgaben?

Gibt es Institutionen außer dem Kindergarten oder der Schule, die regelmäßig Ihr Kind betreuen? | Welche?

Freunde | Wie viele Freunde hat Ihr Kind? Ist darunter ein(e) richtig gute/guter Freundin/Freund? Ist er Einzelgänger?

Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu seinen Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

Ist Ihr Kind hilfsbereit / bei anderen beliebt? Wird es gehänselt? Spielt lieber mit Älteren / Jüngeren Kindern |

Hobby | Hat Ihr Kind ein Hobby, welches? Hat es besondere Fähigkeiten?

Freizeitbeschäftigungen | Wieviel Zeit verbringt es pro Tag vor dem Computer/TV?

Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders gerne? Welches sind seine positiven Eigenschaften?

* Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen!

D. Vorgeschichte²

Schwangerschaft

Gab es Besonderheiten oder Belastungen in der Schwangerschaft / Erkrankungen der Mutter / Rauchen, Alkohol oder Medikamente ? | _____

Wann haben Sie als Mutter die ersten Kindsbewegungen gespürt? | _____

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren? | In der _____ Schwangerschaftswoche
Es war eine/ein normale Geburt / Geburt mit Saugglocke / Zangengeburt / Kaiserschnitt*.

Gab es Besonderheiten? | _____

Hat Ihr Kind direkt nach der Geburt sofort geschrien? | _____

Welche Hautfarbe hatte es? Hat es nach der Geburt sofort gut getrunken? | _____

Entwicklung (Bei älteren Kindern nur Auffälligkeiten angeben)

Wann konnte sich ihr Kind auf den Bauch/Rücken drehen? Mit _____ Monaten

Wann konnte Ihr Kind krabbeln? Mit _____ Monaten

Wann konnte es frei (ohne Hilfe) sitzen? Mit _____ Monaten

Wann konnte es frei (ohne Festhalten an Möbeln oder Personen) laufen? Mit _____ Monaten

Wann konnte Ihr Kind die ersten Worte (Mama, Papa usw.) sprechen? Mit _____ Monaten

Wann konnte es 2 Worte zu ersten Sätzen zusammensetzen (z.B. „Mama komm!“)? Mit _____ Monaten

Wann war Ihr Kind trocken/ohne Windeln? | Mit _____ Jahren tagsüber, mit _____ Jahren nachts.
Kommt es vor, dass das Kind tagsüber oder nachts noch einnässt? _____

Gab es für Sie Auffälligkeiten, wenn ja welche, und wann traten die auf?

Beginn der Pubertät | _____

Bitte geben Sie die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an. | _____ kg _____ cm

Sind Sie mit dem Gewicht zufrieden? | _____

Vorerkrankungen:

Bitte geben Sie auch die Zeiten der (Kinder-) Krankheiten und die betreuenden Ärzte bzw. Krankenhäuser an.

Kinderkrankheiten | _____

Operationen | _____

größere Verletzungen/Unfälle | _____

Allergien | _____

² Bitte bringen Sie dazu auch das gelbe Vorsorgeuntersuchungsheft und den Impfpass mit!

* Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen!

E. Familiengeschichte

Eltern

Leibliche Mutter: Vorname und Familienname | _____

Alter | _____ Beruf | _____

Schul- und Berufsausbildung | _____

Leiblicher Vater: Vorname und Familienname | _____

Alter | _____ Beruf | _____

Schul- und Berufsausbildung | _____

Leben Sie in einem Haushalt oder getrennt? (bitte mit zeitlichen Angaben) | _____

Wer hat das Sorgerecht | _____ Falls nicht alle Sorgeberechtigten am Ersttermin teilnehmen können: _____ ist über die Vorstellung informiert und damit einverstanden

Bei Pflege- /Stief- oder Adoptivkindern Daten der soziologischen Eltern:

Akt. Lebenspartnerin/Pflege-/Adoptiv-/ Stiefmutter | _____

Alter | _____ Beruf | _____

Schul- und Berufsausbildung | _____

Akt. Lebenspartner/Pflege-/ Adoptiv-/ Stiefvater | _____

Alter | _____ Beruf | _____

Schul- und Berufsausbildung | _____

Bestehen bei Ihnen (bei wem?) dauernde Gesundheitsprobleme oder seelische Probleme? | _____

Geschwister

Reihenfolge Ihrer Kinder | Angabe einschließlich des Kindes, das Sie bei mir vorstellen. Geben Sie bitte die Namen, das Alter und ggf. bestehende Gesundheitsprobleme und die Schulform an.

1 | _____

2 | _____

3 | _____

4 | _____

Wer hat in der Familie oder im Haushalt noch regelmäßigen Einfluss auf die Erziehung Ihres Kindes? ³

| _____

Erkrankungen in der Familie

Gibt es in der weiteren Familie Verwandte, die eine körperliche oder psychische Krankheit haben oder hatten? ³

| _____

Gibt es Personen mit einem cerebralen Anfallsleiden, einer geistigen Behinderung, einer angeborenen Stoffwechselerkrankung oder einer Suchterkrankung/ Alkoholproblemen? ³

| _____

³ Bitte geben Sie ggf. Vor- & Familienname, Alter, Verwandtschaftsgrad und Beruf an.

F. Psychische Situation / Symptomatiken

Ist Ihr Kind eher unruhig / ruhig / aktiv? | _____

Wie reagiert es auf Anweisungen / Enttäuschungen? | _____












Wie ist das Essverhalten Ihres Kindes? (übermäßig/ normal/ zu gering/ besondere Abneigungen/ Vorlieben) Machen Sie sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes? | _____

Wird Ihr Kind schnell aggressiv / ist aufbrausend? (körperlich oder mit Worten) | _____

Stiehlt Ihr Kind oder lügt es? | _____

Gab es schon einmal eine Zeit, in der das Kind über eine längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war? Nein | *Wenn ja*, seit wann, wie lange? _____

Bitte beschreiben: _____

- | | | |
|--|---|--|
|  traurig, bedrückt, |  unangemessen fröhlich |  kann sich schlecht |
|  weint oft |  schläft sehr viel / | konzentrieren |
|  ganz ärgerlich, gereizt, | sehr wenig |  fühlt sich schuldig |
| unzufrieden mit allem |  isst sehr viel / |  fühlt sich ungeliebt |
|  interesselos an den | sehr wenig |  fühlt sich wertlos |
| meisten Dingen | | |

Wie lange braucht Ihr Kind abends zum Einschlafen? | _____ Wird es nachts öfters wach? Nein | _____

Klagt es über Alpträume? Nein | _____ Ist es tagsüber müde? Nein | _____

Spricht das Kind darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will; oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbstmordversuch begangen?

Nein | _____

Hat das Kind große Angst oder Befürchtungen und/ oder reagiert es bisweilen panisch, kommt es von bestimmten Gedanken nicht los?

Nein | _____

Fallen Ihnen im Verhalten des Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf, oder besteht es auf bestimmte Abläufe oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?

Nein | _____

Hat es schon einmal eine Zeit gegeben, in der das Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z.B. hören oder sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerkten?

Nein | _____


Haben Sie den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemand anderem so etwas geschehen ist?

Nein | _____

Klagt das Kind häufiger über körperliche Beschwerden? Nein |

Das Kind hat

 Kopfschmerzen, Häufigkeit? | _____

 Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen; Häufigkeit? | _____

 Tics (Blinzeln, Kopfwirbeln, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.) Häufigkeit? | _____

 sonstige Beschwerden? | _____