

# Fragebogen zur Vorgeschichte

**Liebe Eltern,**

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung Ihres Kindes bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gespräches zu erhalten bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist nur für mich als Informationshilfe gedacht und wird, für Dritte nicht zugänglich, in der Patientenakte verwahrt.

## 1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

## 2. Angaben zur leiblichen Mutter

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon zuhause:	mobil	eMail-Adresse
Telefon Arbeit:		

### 3. Angaben zum leiblichen Vater

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon zuhause:	mobil	eMail-Adresse
Telefon Arbeit:		

### Bei getrennt lebenden Elternteilen

#### 4. Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		
Alter	Staatsangehörigkeit	
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon zuhause:	mobil	eMail-Adresse
Telefon Arbeit:		



**7. Wer kam auf die Idee, psychotherapeutische Hilfe zu suchen?**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern           | <input type="checkbox"/> Arzt           | <input type="checkbox"/> Kindergarten    |
| <input type="checkbox"/> Hort/Tagesgruppe | <input type="checkbox"/> Schule         | <input type="checkbox"/> Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Jugendamt/KSD    | <input type="checkbox"/> Sonstige _____ |  |

(Wer?)

**8. Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie meine Hilfe?**


**9. Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?**

Jahre
-------

**10. Wie verlief die Schwangerschaft?**

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich	<input type="checkbox"/> Krankheit/Unfall während der Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, welche Probleme?	

**11. Wie verlief die Geburt ihres Kindes?**

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus _____	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	
(welches?)		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> zu spät
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?

**12. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes**

Es liegen keine Informationen vor.

frei sitzen mit: _____ Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____ Monaten
frei laufen mit: _____ Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: _____ Monaten

**13. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren**

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater

#### 14. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten

#### 15. Fragen zur Kindergartenzeit

entfällt, da kein Kindergarten besucht

Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten?	_____ Jahre
Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ (welchen?)
Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Gab es im Kindergarten Probleme?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ (welche?)
_____	

## 16. Fragen zum Schulalltag

Es liegen keine Informationen vor.

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?

ein Elternteil

Verwandte/Bekannte

trifft nicht zu

Tagesmutter

Hort

Tagesgruppe

versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?

Einschulungsjahr-Grundschule: \_\_\_\_\_

normaler Verlauf

Vorklasse besucht

verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse \_\_\_\_\_  
(welche?)

Wechsel auf eine Sonderschule

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule?

regelmäßig

verspätet sich oft

fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig  fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen \_\_\_\_\_  
(welche?)

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer

Küche

Wohnzimmer

Hort

Schule

anderswo \_\_\_\_\_  
(wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig

mit gelegentlicher Hilfe

vorwiegend mit Hilfe

Wie viel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

weniger als 30 min.

zwischen 30 und 60 min.

zwischen 60 und 120 min.

über 120 min.

Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?

nein

ja \_\_\_\_\_  
(welche Fächer?)

## 17. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

---

Spielt Ihr Kind lieber:       allein                       mit anderen Kindern                       mit Erwachsenen

Mein Kind besucht in der Freizeit eine/n:

Sportverein                       Musikgruppe                       Spielgruppe

Jugendgruppe                       Spielpark/Jugendzentrum                       anderes: \_\_\_\_\_  
(was?)

## 18. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

- entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt                       Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen Psychotherapie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Nervenarzt/Nervenärztin	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Andere Beratungsstelle	Welche?	In welchem Jahr



## 19. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Es liegen keine Informationen vor.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> Sehstörungen    | <input type="checkbox"/> Hörstörungen                      |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen          | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen                |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen/Allergien | <input type="checkbox"/> Asthma          | <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen/Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hirn-/Hirnhautentzündungen | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden   | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten                |

---

(welche?)

---

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> entfällt       | <input type="checkbox"/> bei Geschwistern   | <input type="checkbox"/> beim Vater             |
| <input type="checkbox"/> bei der Mutter | <input type="checkbox"/> bei den Großeltern | <input type="checkbox"/> bei anderen Verwandten |

---

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten?  nein  ja

---

(welche?)

## 20. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Welche? \_\_\_\_\_

---

---

## 21. Positive Eigenschaften des Kindes

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?

Über welche Entwicklungsschritte freuten/freuen Sie sich besonders?

Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

---

---

---

## 22. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter

Vater

Verwandter

\_\_\_\_\_

andere Person

\_\_\_\_\_

(wer?)

(wer?)

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

\_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift