



# Elternfragebogen

Mit diesem Fragebogen können Sie mir helfen, einen besseren Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und eventuelle Schwierigkeiten zu erhalten.

Lesen Sie sich bitte zuerst einmal alle Fragen durch und beantworten Sie diese dann so gut, wie Sie können. Sollte Ihnen der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreichen, können Sie gerne auf der Rückseite der Blätter weiterschreiben. Wenn Sie Dinge anmerken möchten, zu der Sie keine Frage finden, so können Sie gerne ein weiteres Blatt zu dem Fragebogen legen und dort all das aufschreiben, was Ihnen wichtig erscheint.

Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten, so kennzeichnen sie diese einfach mit einem „N“.

Alle hier angegebenen Informationen unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz, d.h. sie werden nur im Rahmen der Therapie bzw. der Antragstellung verwertet.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem nächsten Elterngespräch mit, damit wir ihn gemeinsam besprechen können.

Vielen Dank

# Anamneseblatt

Name des Kindes

Straße

Wohnort

Telefon

Handy

geb. am

in

Staatsangehörigkeit

Schulzweig

Klasse

Krankenkasse

versichert mit

Anschrift

Versicherten Nummer

Das Kind lebt bei ..... (bitte einkreisen)

Mutter		Vater	
Name		Name	
geb. am		geb. am	
Beruf		Beruf	
tätig als		tätig als	
Schulabschluss		Schulabschluss	
Staatangehörigkeit		Staatsangehörigkeit	
<input type="checkbox"/> verheiratet	seit	<input type="checkbox"/> verheiratet	seit
<input type="checkbox"/> geschieden	seit	<input type="checkbox"/> geschieden	seit
<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	seit
Lebenspartner		Lebenspartnerin	
Name		Name	
Alter		Alter	
Beruf		Beruf	

Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister		Kind von	
Name	Alter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Name	Alter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
Name	Alter	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater

War ein Kind ein Frühgeborenes?  ja, Geburt in der \_\_\_\_\_. Schwangerschaftswoche  nein

Hatten Sie Fehlgeburten  ja, Geburt in der \_\_\_\_\_. Woche (Jahr \_\_\_\_\_)  nein

Ist ein Kind gestorben?  ja, woran? \_\_\_\_\_, wann?  nein

Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt? \_\_\_\_\_

Wohnen außer ihrer Familie noch weitere Verwandte oder Freunde in ihrem Haushalt?  ja  nein

Leben sie in einem  Haus oder in einer  Wohnung?

Wie groß ist das Haus / die Wohnung? ca. \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

Haben Sie folgende Verhaltensweisen an Ihrem Kind beobachtet (bitte einkreisen)	wenn ja, seit wann und in welchen Situationen
Kopferwerfen - Wiegen - Schaukeln	
Einschlafstörungen - Durchschlafstörungen	
Nächtliche Angstzustände	
Essstörungen - Erbrechen	
Verstopfungen - Durchfall - Bauchschmerzen	
Übergewicht - Untergewicht	
Einnässen tagsüber / nachts	
Einkoten	
Kotschmierer	
Kopfschmerzen	
Atmungsstörungen (Asthma, Krupp o.ä.)	
Allergische Reaktionen	
Hautempfindlichkeiten	
Erröten	
Ängste vor Tieren oder Gegenständen o.ä.	
Traurigkeit, depressive Stimmungen	
Zwänge (Waschwang, auffällige Einschlafzeremonien usw.)	
Krampfanfälle	
Lutschen	
Knabbern	
Nägelkauen	
Haare ausreißen - drehen	
Zähneknirschen	

Kopfaufschlagen	
Grimassieren	
Stottern	
Lispeln	
Stummheit oder andere Sprachstörungen	
Seh- oder Hörstörungen	
Bewegungsstörungen	
Lügen - Stehlen	
von zuhause weglaufen - herumstreuen	
Schule schwänzen	
Zündeln - Feuerspielen	
andere	

Welche weiteren Probleme gibt es bzw. warum möchten Sie und Ihr Kind eine Therapie beginnen?

War Ihr Kind bereits in therapeutischer Behandlung?  ja  nein  
wenn ja, analytisch oder verhaltenstherapeutisch und bei wem und wie lange?

---



---

### Schwangerschaft

Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit?  ja, seit \_\_\_\_\_ Jahren  
 nein

geplante Schwangerschaft  ja  nein

gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft  ja  nein  
wenn ja, welche

---

### Geburt

spontane Geburt  Kaiserschnitt  
errechneter Termin \_\_\_\_\_

War der Vater des Kindes bei der Geburt dabei?  ja  nein

Größe des Kindes \_\_\_\_\_

ja

nein

Gewicht des Kindes \_\_\_\_\_

Gab es bei der Geburt Komplikationen?  
wenn ja, welche?

ja

nein

War die Geburt für Sie eine belastende Erfahrung?

Mutter:  nein

ja, ein wenig

ja, sehr

Vater:  nein

ja, ein wenig

ja, sehr

---

### Die erste Zeit

Haben Sie Ihr Kind gestillt? \_\_\_\_\_

ja

nein

wenn ja, wie lange \_\_\_\_\_

wenn nein, gab es Gründe, warum Sie nicht gestillt haben?

Haben Sie Ihr Kind in den ersten 12 Wochen in Erinnerung?

besonders ruhig

besonders unruhig

besonders empfindlich

---

Wie konnte der Vater des Kindes in die alltäglichen Aufgaben eingebunden werden?

---

### Entwicklung des Kindes

Wann konnte Ihr Kind ...

sitzen

mit \_\_\_\_\_ Monaten

... laufen

mit \_\_\_\_\_ Monaten

... sprechen

mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wann war ihr Kind trocken

mit \_\_\_\_\_ Jahren

---

Gab es Probleme beim Essen?

ja

nein

wenn ja, welche?

Gab es Probleme beim Schlafen (Einschlafen,  
Durchschlafen, Albträume etc.)?

wenn ja, welche?

ja

nein

---

Wann begann die Trotzphase? mit \_\_\_\_\_ Jahren  
War sie stark ausgeprägt?  ja  nein  
wenn ja, wie hat sich das geäußert?

---

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht?  ja  nein  
Hatte Ihr Kind einen Schnuller  ja  nein  
Hatte Ihr Kind einen Lieblingsgegenstand  ja  nein  
wenn ja, welchen?

---

### Kindergartenzeit

---

Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht?  ja  nein  
Wann kam das Kind in den Kindergarten? mit \_\_\_\_\_ Jahren  
War dies die erste regelmäßige Betreuung?  ja  nein  
wenn nein, wann und wo wurde ihr Kind betreut?

Wie war der Übergang in den Kindergarten, wie kamen Mutter und Kind mit der Trennung zurecht?

Hatte Ihr Kind im Kindergarten Freunde?  ja  nein  
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit den Erzieherinnen?  ja  nein  
Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit Kindern?  ja  nein  
wenn ja, welche Schwierigkeiten gab es?

---

### Schule

---

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? \_\_\_\_\_  
Hat es eine Vorklasse besucht?  ja  nein  
Hat Ihr Kind in der Schule Freunde?  ja  nein  
Bringt es diese auch mit nach Hause?  ja  nein  
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Lehrern?  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Mitschülern?  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Gibt es Leistungsprobleme in der Schule?  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Musste Ihr Kind eine Klasse wiederholen?  ja  nein  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon mal die Klasse gewechselt?  ja  nein  
wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind schon mal die Schule gewechselt?  ja  nein  
wenn ja, wie oft und warum? \_\_\_\_\_

Nimmt es regelmäßig an Freizeitaktivitäten teil?  ja  nein  
wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?  ja  nein  
wenn nein, wer wohnt noch in dem Zimmer? \_\_\_\_\_

Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett / im Bett der Eltern

Wie ist das Zimmer Ihres Kindes ausgestattet?  Smartphone  Tablet  
 Computer  Fernseher  
 Play-Station o.ä.  Internet  
 \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind ein (eigenes) Haustier?  ja  nein  
wenn ja, an welches? \_\_\_\_\_

---

Hat Ihr Kind Freunde, die es mit nach Hause bringt?  ja  nein

Sind die Freunde Ihres Kindes eher älter / jünger  
gleichaltrig / Erwachsene

Hat Ihr Sohn eine feste Freundin?  ja  nein

Hat Ihre Tochter einen festen Freund?  ja  nein

---

### Allgemeines

Gehen Sie (die Mutter) wieder arbeiten?  ja  nein  
wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  
welche Arbeitszeiten haben Sie? \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie wieder in Ihrem alten Beruf?  ja  nein

Wann gehen Sie (der Vater) arbeiten? \_\_\_\_\_

---

Gehören Sie einer Kirche / Religionsgemeinschaft an?  ja  nein

Wenn ja, welcher, und welche Rolle spielen Religion und / oder Kirche in Ihrer Familie?

Welche Krankheiten hatte Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Wurde Ihr Kind schon mal stationär behandelt?  
wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

ja

nein

Wie alt war es da? \_\_\_\_\_

Wie lange dauerte der Krankenhausaufenthalt \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?  
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

ja

nein

Hatte Ihr Kind bereits eine der nachfolgenden Behandlungen? Wenn ja, wann?

Krankengymnastik \_\_\_\_\_

Ergotherapie \_\_\_\_\_

Logopädie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Großeltern

	von der <b>Mutter</b> zu beantworten	vom <b>Vater</b> zu beantworten
Lebt Ihre Mutter noch? Wenn nein, wann starb sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Was ist oder war sie von Beruf?	_____	_____
Wie ist oder war Ihr Verhältnis zur Mutter?		
Lebt Ihr Vater noch? Wenn nein, wann starb er?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____
Was ist oder war er von Beruf?	_____	_____
Wie ist oder war Ihr Verhältnis zum Vater?		
Haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Kontakt zu den Großeltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Geschwister haben sie?		
Ist eines Ihrer Geschwister bereits verstorben? Wenn ja, wann und woran?		
Gibt es in Ihrer Familie schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, bei wem und welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein _____



---

Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen? Wenn ja, bei wem und welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	_____	_____	_____	_____

---

Was schätzen Sie an Ihrem Kind besonders?

Die Mutter:

Der Vater:

---

Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie mitteilen möchten?

---

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt? \_\_\_\_\_

Vielen Dank