

Fragebogen für Kinder/Jugendliche

Liebe Eltern, bitte füllen sie den folgenden Fragebogen für ihr Kind aus, soweit sie dies können. Sie erleichtern damit unsere Diagnostik. Bitte kreisen sie die entsprechenden Antworten ein oder unterstreichen sie diese. Vielen Dank.

Name:..... Vorname.....

leibliches Kind 0

Adoptivkind 0

Pflegekind 0

Stiefkind 0

Welche Probleme führen Sie hierher?.....

.....

Wem sind sie aufgefallen?.....

Wer hat Sie hierher geschickt?.....

Wann traten die Probleme erstmals auf?.....

Wurde ihr Kind bereits deswegen untersucht oder behandelt? Wann und durch wen?

.....

Gibt es in der Familie noch jemanden mit diesen Problemen?.....

Was mögen sie an ihrem Kind besonders?.....

.....

Welche guten Eigenschaften ihres Kindes könnten dazu beitragen, das Problem zu lösen?.....

Was erwarten Sie von ihrem Kontakt mit mir?.....

.....

Fragen zur Schwangerschaft/Geburt:

Wie viele Schwangerschaften hatten sie insgesamt?.....(Abort.....Fehlgeburt.....)

Probleme in dieser Schwangerschaft? Nein 0 Wenn ja, welche?

.....

Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht 0 Medikamente eingenommen 0

Alkohol getrunken 0 psychische Stressfaktoren erlebt 0

Probleme bei der Geburt?.....

Geburtsgewicht.....Größe.....APGAR.....

Probleme nach der Geburt? Klinikaufenthalte von Mutter und/oder Kind?.....

.....

Haben Sie gestillt?

ja wie lange.....

nein warum nicht.....

Fragen zur Entwicklung

Gab/gibt es Auffälligkeiten

- beim Trinken.....
- beim Essen.....
- in der Sprachentwicklung.....erste Worte mit.....
- beim Schlafen.....
- beim Drehen, Sitzen, Laufen, Krabbeln.....
- beim Spielen.....

Das Kind war sauber mit.....trocken mit.....tags.....nachts

Häufige Erkrankungen?.....

schwere oder chronische Krankheiten

Allergien ja 0 nein 0

Sonstige Besonderheiten?.....

Wurde Ihr Kind früher bereits einmal behandelt? Wenn ja, durch wen?

Hausarzt 0 Ergotherapie 0 Beratungsstelle 0 Frühförderung 0 Klinik 0

Kinderarzt 0 Sprachtherapie 0 Psychotherapeut 0 Krankengymnastik 0 Heilpraktiker 0

Andere.....

Weshalb?.....

Erhält ihr Kind Medikamente?

Das Kind ist Rechtshänder 0 Linkshänder 0

Kindergarten

Welchen Kindergarten besucht.....von wann bis wann?.....

Im Kindergarten auffällig? Warum?.....

Zusatzfragen für Schulkinder

In welchem Alter eingeschult?.....Vorschule besucht ja 0 nein 0

Auffälligkeiten bei der Schuluntersuchung.....

Schulwechsel.....

Jetzige Schule.....

Jetzige Klasse..... Klassenlehrer.....

Klasse wiederholt?..... wenn ja, welche?..... warum?.....

Welche Haltung haben die Lehrer zu ihrem Kind?.....

Leistungen des Kindes sind okay? ja 0 nein 0

Kind ist in der Klasse beliebt? ja 0 nein 0

Wie erledigt Ihr Kind seine Hausaufgaben?

- in seinem Zimmer 0 im Wohn-/Esszimmer 0 allein 0 im Beisein eines Erwachsenen 0
- gerne 0 sorgfältig 0 oberflächlich 0 gründlich 0 sauber 0 unter Protest 0
- mit Hilfe 0 ohne Hilfe 0

Wie führt ihr Kind seine Mappen? allein 0 mit Kontrolle 0 unordentlich 0 sauber 0

Fragen zur Familie

Sie sind verheiratet seit..... / getrennt seit...../ geschieden seit..... /
leben in eheähnlicher Gemeinschaft seit...../ allein seit
mit dem Vater / der Mutter des Kindes , neuem/r Partner/in

Schulbildung, Beruf, Alter, Tätigkeit

der Mutter.....
des Vaters.....
des Partners.....

Geschwister des vorgestellten Kindes : (bitte geben Sie Alter, Geschlecht, Klasse, Schule, Beruf an)

.....
.....
.....
.....

Von wem wird das Kind versorgt? tagsüber.....
abends/nachts.....

Es gibt noch Unterstützung von

Gibt es in der Großfamilie Mitglieder mit psychiatrischen Erkrankungen?.....

Gibt es andere Erkrankungen in der engeren Familie?

.....
.....

Sie leben in einer Mietwohnung eigenen Wohnung Haus

allein mit ihrer Familie mit

Hat ihr Kind ein eigenes Zimmer? Ja Nein

Womit verbringt ihr Kind am liebsten seine Zeit?.....

Welche Hobbys hat ihr Kind?.....
.....

Was machen sie gern zusammen mit ihrem Kind?.....

Was macht ihr Partner mit ihm?.....

Hat ihr Kind Freunde/Freundinnen?.....

Sind Sie mit ihnen einverstanden?.....

Hat ihr Kind/ haben ihre Kinder einen eigenen Gameboy Computer Fernseher Playstation

Wie viel Zeit verbringt ihr Kind vor diesen ?.....

Haben/hatten sie Kontakte mit dem Jugendamt? Ja Nein

Zuständig ist.....

Haben sie bereits Hilfe vom Jugendamt erhalten?

Welche?.....