





Datum:

Liebe Eltern / Sorgeberechtigte,

In diesem Fragebogen werden einige Angaben zu Ihrem Kind und dessen gegenwärtiger Lebenssituation sowie zu Ihnen als Eltern / Sorgeberechtigte erhoben.

Ich erfasse mit diesem Fragebogen einige Aspekte der seelischen Beschwerden Ihres Kindes, sowie eventuelle vorhergehende Behandlungen, an denen Sie mit Ihrem Kind teilgenommen haben. Diese Angaben helfen mir, den Nutzen von Behandlungsmaßnahmen, zu denen auch die jetzt geplante Therapie gehört, einzuschätzen.

Diesem Fragebogen legen Sie bitte folgende Unterlagen bei:

-  Berichte von Vorbehandlungen in Kopie zum Verbleib in der Praxis, z.B. bei Ergotherapie, Lerntherapie, Frühförderung, Krankengymnastik, Logopädie und durchgeführte ambulante / stationäre Maßnahmen im Kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich
-  Gelbes Vorsorgeheft (für Kinder bis einschl. 10. Lebensjahr)
-  Zwei aktuelle Schulzeugnisse in Kopie zum Verbleib in der Praxis
-  Einverständniserklärung **beider** Sorgeberechtigten

Bei den Angaben bzw. Dokumenten handelt es sich um besonders schützenswertes Material, das besonders vertraulich von mir gehandhabt wird und der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Geburtsdatum des hier zu untersuchenden Kindes/Jugendlichen

--	--	--	--	--	--	--

Nationalität

deutsch

andere (bitte eintragen):

.....

Religionszugehörigkeit

evangelisch     konfessionslos

römisch-katholisch

andere: .....

**FRÜHE ENTWICKLUNG**

Befinden der Mutter während der Schwangerschaft mit dem jetzt zu untersuchenden Kind/Jugendlichen

Körperliche Belastungen

Bitte Ankreuzen

z.B. Nierenkrankheiten	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
zu hoher/ niedriger Blutdruck	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Wasser in den Beinen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
starke Gewichtszu- oder abnahme	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Infektionen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Operationen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Röntgenuntersuchungen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Medikamente	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Alkoholkonsum	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Rauchen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
andere, bitte nennen: .....				

Sonstiges

War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
War das Geschlecht zum damaligen Zeitpunkt erwünscht?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Berufstätigkeit der Mutter während der Schwangerschaft?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Familiäre Belastungen während der Schwangerschaft?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Trennung vom Partner?	Ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
andere, bitte nennen: .....				

Geburt

- Hausgeburt                       Krankenhaus                       in Begleitung vom Vater oder .....
- zeitgerecht                       zufrüh                       zu spät     eingeleitet     mit Narkose
- Nabelschnurumschlingung  falsche Lage (Steißlage, Fußlage, Querlage)
- Zangengeburt                       Saugglocke                       Kaiserschnitt
- Sonstiges: .....                      Wehendauer .....

Befinden Ihres Kindes unmittelbar nach der Geburt

Gewicht ..... Länge ..... Kopfumfang .....

APGAR-Werte .....

- Aussehen:                      rosig                       bläulich                       gelb verfärbt
- sofort geschrien:                      ja                       nein
- Inkubator:                      ja                       nein
- In die Kinderklinik verlegt:                      ja                       nein
- Blutaustausch:                      ja                       nein

Säuglingszeit

- Gestillt?                      Ja                                            nein
- Wie lange gestillt? ..... Monate
- Ernährungsstörungen:..... ja                       nein
- häufig erbrochen..... ja                       nein
- schlecht gegessen ..... ja                       nein
- Temperament:..... besonders ruhig                       unruhig                       empfindlich
- Anderes: .....

Weitere Entwicklung

- Wann konnte es frei sitzen? ..... Monate
- ...krabbeln?..... Monate
- ... laufen?..... Monate
- ... sprechen? ..... Monate
- Wann war es vollständig sauber? ..... Monate
- Besondere Krankheiten / Operationen? .....
- Unfälle .....
- Frühförderung                      ja                       nein

## PSYCHOSOZIALE ENTWICKLUNG

Kindergartenbesuch ja  nein  Wenn ja, wie lange Jahre

Spielverhalten, bitte beschreiben .....

Trennungsprobleme ja  nein

Besondere Förderung ja  nein

Schullaufbahn eingeschult mit ..... Jahren

auf Antrag vorzeitig

Schulreifetest

Zurückgestellt

Vorschule besucht

Regelschule besucht

Förderschule besucht

Derzeit besuchte Schule

Sonderschule

Hauptschule

Realschule

Gymnasium

Berufsfachschule

Sonstige Schule .....

Schulabschluss, wenn ja, welcher .....

Verhalten:

Leistungsstand / Hausaufgaben .....

Freizeit / Spielen .....

Verhalten zu Lehrkräften/ Mitschülern .....

Klassenwiederholung .....

Schulwechsel .....

## FAMILIENSITUATION

Das Sorgerecht für Ihr Kind hat/ haben .....

Wie wohnt Ihr Kind zurzeit?

mit beiden leiblichen Eltern

mit leiblicher Mutter  mit leiblichem Vater

mit Partner / mit Partnerin

in Wohngemeinschaft / Jugendhilfe

in Pflegefamilie

in Adoptivfamilie

Sonstiges (bitte eintragen): .....

Eltern

Mutter: Geburtsdatum ..... Ggfs.verstorben am .....

Vater: Geburtsdatum ..... Ggfs.verstorben am .....

HÖCHSTER SCHULABSCHLUSS	Mutter	Vater
Sonderschulabschluss	0	0
Hauptschulabschluss	0	0
Realschulabschluss / Mittlere Reife	0	0
Fachhochschulreife / Abitur	0	0
Sonstiger Abschluss	0	0
Kein Abschluss	0	0
DERZEITIGE BERUFSTÄTIGKEIT	Mutter	Vater
<i>Bitte tragen Sie hier die derzeitige Berufstätigkeit ein</i>		
Arbeiter(in)	0	0
Facharbeiter(in)	0	0
einfache(r)/mittlere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	0	0
höhere(r) Angestellte(r)/Beamte(r)	0	0

Selbständige(r)	0	0
Auszubildende(r) / Umschüler(in)	0	0
Schüler(in) / Student(in)	0	0
Hausfrau / Hausmann	0	0
Rentner(in)	0	0
arbeitslos	0	0
sonstiges	0	0
UMFANG DER ERWERBSTÄTIGKEIT	Mutter	Vater
<i>Bitte tragen Sie hier den derzeitigen Umfang der Erwerbstätigkeit ein</i>		
Vollzeit erwerbstätig	0	0
Teilzeit erwerbstätig	0	0
Unregelmäßig erwerbstätig	0	0
nicht erwerbstätig	0	0
NATIONALITÄT	Mutter	Vater
deutsch	0	0
andere (bitte eintragen)	0	0
RELIGIONSZUGEHÖRIGKEIT	Mutter	Vater
evangelisch	0	0
römisch-katholisch	0	0
andere (bitte eintragen)	0	0
konfessionslos	0	0
FAMILIENSTAND UND BEZIEHUNGSSITUATION DER ELTERN	Mutter	Vater
ledig	0	0
verheiratet	0	0
getrennt lebend (seitwann:)		

geschieden (seit wann:)		
Wiederverheiratet bzw. in neuer Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gfs. seit wann:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leibliche Eltern haben nie zusammen gelebt		

Psychotherapeutische oder Psychiatrische Behandlung der Eltern:

	Mutter	Vater	Stief-, Adoptiv- oder Pflegemutter	Stief-, Adoptiv- oder Pflegevater
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychotherapeutisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sind chronische psychische/ somatische Erkrankungen der Eltern bekannt? ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Ist über Misshandlung in den Familien (sexuelle und/oder körperliche) etwas bekannt? ja  nein

Besteht Familiäre Disharmonie (zwischen den Eltern und dem Kind mit/ohne Gewalt)? ja  nein

Ist über (sexuelle /körperliche) Misshandlung des Kindes oder seiner Geschwister  
in der Familie oder außerhalb etwas bekannt? Ja  nein

Gab es Zeiten, in denen Sie Ihr Kind nicht ausreichend selbst versorgen oder erziehen  
konnten? Ja  nein

Wo ist Ihr Kind überwiegend aufgewachsen?

bei beiden leiblichen Eltern     bei alleinerziehender Mutter     bei alleinerziehendem Vater  
 in Stieffamilie     in Adoptiv-/Pflegefamilie     Anderes: .....

Hauptsächliche Bezugspersonen während der ersten beiden Lebensjahre? .....

Längere Trennung während der ersten beiden Lebensjahre von einer Bezugsperson? Ja  nein

Anzahl der Geschwister (bitte ankreuzen)

Anzahl	weiblich	männlich	Geburtsjahr	leibliche Geschwister	andere Geschwister (Halb-, Stief-, Adoptiv-, Pflegegeschwister)
0	<i>(Einzelkind)</i>				
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**ENTWICKLUNG DER BESCHWERDEN DES HIER ZU UNTERSUCHENDEN KINDES/JUGENDLICHEN**

Aktuelle Schwierigkeiten:

Wie wurden Sie auf die Problematik/ Störung aufmerksam?

- Selbst 0
- Durch ein anderes Familienmitglied, und zwar: ..... 0
- Durch ein krisenhaftes Ereignis, und zwar: ..... 0
- Durch einen bedrohlichen Gesundheitszustand, und zwar: ..... 0
- Durch einen Arzt/eine Ärztin 0
- Durch einen Lehrer/eine Lehrerin 0
- Durch eine(n) niedergelassene(n) vorbehandelnde/en Therapeutin/en 0
- Durch Nachlassen der schulischen Leistungsfähigkeit 0
- Durch eine befreundete Person 0
- Durch den Partner/ die Partnerin 0
- Durch Medien, Internet 0
- Anderes, und zwar: ..... 0



Wie wurden Sie auf die Behandlungsmöglichkeit aufmerksam und wer stellte den ersten Kontakt her?

	Aufmerksam	Kontakt
Sie in Eigeninitiative	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein anderes Familienmitglied, und zwar: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hausarzt/-ärztin oder Facharzt/-ärztin für .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psychiatrischer Facharzt / Fachärztin oder Kinder- u. Jugendpsychiater(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergelassene/r Psychotherapeut(in)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ergotherapeut(in), Logopäde/in, Heilpädagoge/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allgemeines Krankenhaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankenkasse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kindergarten / Schule / Ausbildungs-/ Arbeitsstätte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jugendamt / Gesundheitsamt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratungsstelle und zwar: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine befreundete Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partner/ Partnerin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Person, und zwar: .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Telefonbuch/andere Verzeichnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Grund der Vorstellung?

Abklärung und Diagnostik	<input type="radio"/>
Schulschwierigkeiten	<input type="radio"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>
Motorische Unruhe	<input type="radio"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>
Ängste	<input type="radio"/>
Streitigkeiten mit meinem Kind	<input type="radio"/>
Aggressives Verhalten	<input type="radio"/>
Emotionale Auffälligkeiten	<input type="radio"/>

Selbstverletzendes Verhalten	0
Suizidabsichten	0
Einnässen	0
Einkoten	0
Hilfe	0

Welche Ursachen haben Ihrer Meinung nach die Schwierigkeiten im Wesentlichen hervorgerufen?

Schule	0
Kontakt zu Gleichaltrigen / Freunden	0
Probleme in der eigenen Persönlichkeit Ihres Kindes	0
Körperliche Probleme, wie z.B. Aussehen, Gewicht	0
Körperliche Erkrankungen / Beeinträchtigungen	0
Familiäre Probleme, wie z.B. Trennung / Scheidung, Sucht, Gewalt, ...	0
Andere, bitte nennen:	0

Beginn der Schwierigkeiten? .....

Beendet sich Ihr Kind aktuell in Behandlung? (Mehrfachnennungen sind möglich)

Behandler(in) /Einrichtung	Wegen seelischer Beschwerden	Wegen anderer Probleme
In ärztlicher Behandlung		
In kinder- / jugendpsychiatrischer Behandlung		
In psychotherapeutischer Behandlung		
In ergotherapeutischer/ logopädischer Behandlung		
In einer Beratungsstelle		
Sucht- oder andere Beratungsstelle		
Medikamentöse Behandlung, Psychopharmaka		
Andere, Bitte nennen:		

Wurde schon einmal eine seelische Störung diagnostiziert?

Art der Störung	ja	nein	unsicher	Wenn ja, in welchem Lebensjahr?
Depression	0	0	0	
Angststörung	0	0	0	
Zwangsstörung	0	0	0	
Verhaltensstörung	0	0	0	
Substanzmissbrauch	0	0	0	
Andere Störung	0	0	0	

Vorhergehende Behandlungen:

War Ihr Kind wegen seelischer Beschwerden bereits früher in Behandlung?

Nein       Ja, in ambulanter Behandlung       Ja, in stationärer Behandlung

Ja, in ambulanter und in stationärer Behandlung

Wenn Sie mit Ihrem Kind wegen seelischer Beschwerden in ambulanter Behandlung waren, geben Sie bitte Folgendes an (Mehrfachnennungen sind möglich)

Behandler(in):	Wie oft	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Hausärztin/-arzt				
andere(r) Ärztin/Arzt (z.B. HNO-Arzt)				
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut(in)				
Kinder- u. Jugendpsychiater/ Nervenarzt				
Andere (z. B. Ergotherapeut) bitte angeben welche: .....				
(Erziehungs-) Beratungsstelle				
Schulpsychologische Beratungsstelle				

Wenn Ihr Kind wegen seelischer Beschwerden in stationärer Behandlung war, geben Sie bitte Folgendes an  
(Mehrfachnennungen sind möglich)

Einrichtung	Wie oft	Dauer in Monaten	Behandlung abgebrochen?	
			nein	ja
Allgemeinkrankenhaus				
Kinder- u. Jugendpsychiatrie				
Psychosomatische Kur-Klinik				
Andere, bitte angeben welche:				

**Abschließende Fragen zu Ihrem Kind**

Welche Interessen, Aktivitäten, Hobbys, Stärken, Spielvorlieben, Freizeitaktivitäten hatte ihr Kind früher?

Welche jetzt?

Welche Fähigkeiten, Stärken hat ihr Kind?

Wo könnte/sollte sich ihr Kind in Zukunft verbessern? Hat es Schwächen?

Welche religiösen und weltlichen Überzeugungen hat ihr Kind?

Wünsche, Visionen in der Familie und bezüglich des Kindes

**VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**