

## Elternfragebogen

Vorname/Nachname des Kindes .....

Geburtsdatum .....

Geschlecht       weibl.       männl.

Straße ..... Ort .....

Telefon ..... Handy .....

Überweisender Kinder- (Haus-) Arzt .....

Krankenkasse .....

Versichert durch..... Geb. ....

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

ausgefüllt von ..... am (Datum) .....

Sorgerecht liegt bei .....

### A      Familiäre Situation

Beruf des Vaters/Stiefvaters/derzeitige Tätigkeit .....

Geburtsdatum .....

Beruf der Mutter/Stiefmutter/derzeitige Tätigkeit .....

Geburtsdatum .....

Mutter/Vater verheiratet seit .....

Mutter / Vater verstorben seit .....

Mutter/Vater chronisch krank, behindert seit .....

getrennt/geschieden seit .....

Kind lebt bei .....

Besuchskontakte zu wem, wie häufig? .....

Geschwister (Vorname/Geburtsdatum) .....

.....

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf Ihr Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.

Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche und emotionale Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie zunächst die folgenden Fragen zu beantworten.

Welche Personen betreuen das Kind?

Wohnverhältnisse:

- ausreichend  ungünstige, beengte Verhältnisse  
 Kind teilt sich Zimmer mit  häufiger Wohnungswechsel

Finanzielle Situation:

- zufriedenstellend  ausreichend  belastend  keine Angabe

Wurde jemand aus der Familie des Kindes ambulant oder in einer Klinik behandelt wegen

- Ängsten  Depressionen  Essproblemen  
 Alkoholproblemen  oder anderen psychischen Problemen

Oder hat /hatte jemand solche Probleme, aber sucht /suchte keine Hilfe auf?

Wenn ja, wer? Bitte näher beschreiben

Wir würden gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.

Was sind die aktuellen Gründe, unsere Praxis aufzusuchen? Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind? (Bitte in Stichworten)

Wann ist dieses Verhalten/sind diese Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?

- ganz allmählich etwa mit      Jahren beginnend  
 plötzlich, im Alter von      Jahren

Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?

Wenn ja, welche?

Zeit 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?

- häufiger bzw. stärker, wenn  
 seltener bzw. schwächer, wenn  
 nein

Für wen ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

Wie haben Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?

Wie haben für das Kind wichtige Personen auf das genannte Verhalten reagiert?  
(anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen usw.)

Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens schon an andere Stellen gewandt (z. B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychologin, Haus-, oder Kinderarzt, Schule, sonstige Stellen)?

Wenn ja, an wen?

Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? Mit welchem Erfolg?

Wer hat unsere Praxis empfohlen? Und mit welcher Erwartung?

Welche Erwartungen haben Sie, wie man in Zukunft auf das Verhalten Ihres Kindes Einfluss nehmen könnte?

Wie könnten wir Sie unterstützen, damit Sie das Problem/die Schwierigkeiten lösen können?

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

Was sollte sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?

## **B      Entwicklung des Kindes**

Wie verlief die Schwangerschaft?

normal

Komplikationen: .....

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes:

Wie verlief die Geburt?

normal

Geburtsgewicht:

Frühgeburt

welche Schwangerschaftswoche?

Komplikationen (Zangengeburt, Saugglocke, Kaiserschnitt, Nabelschnur um Hals, Sauerstoffmangel usw.):

In welchem Alter lernte das Kind laufen?

Erfolgte eine krankengymnastische/ergotherapeutische Behandlung/Frühförderung/Heilpädagogik?

Wenn ja, welche?

Von bis Jahren

In welchem Alter lernte das Kind einzelne Worte sprechen?

Wann Sätze sprechen?

Besteht ein Hörschaden? Wenn ja, welcher Art?

Erfolgte eine Sprachtherapie? Wenn ja, von bis Jahren

Besteht eine Sehschwäche? Wenn ja, trägt eine Brille seit:

Wann war Ihr Kind sauber?

Wann war es tagsüber trocken?

Wann nachts?

Leidet das Kind an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Asthma, Allergien usw.) oder neurologischen Erkrankungen (Anfallsleiden usw.) oder erblichen/angeborenen Erkrankungen?  
Wenn ja, seit wann? Welche?

Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche

War das Kind schon einmal im Krankenhaus? Wenn ja, wann etwa und in welcher Klinik? Warum? Hatte es Unfälle?

### **C Kindergarten - Schule**

Wie ist/war das Verhalten im Kindergarten?

ohne Probleme.

es gab/gibt Schwierigkeiten, weil

besucht(e) keinen Kindergarten, weil

***Nur falls noch Kindergartenkind***

Name des Kindergartens?

Bitte angeben, ob dies ein Regelkindergarten, ein heilpädagogischer, ein integrativer, ein Sprachheilkindergarten o.a. ist.

***Wenn das Kind nicht zur Schule/Vorschule geht, können Sie bei Abschnitt D weitermachen!***

Welche Schule besucht das Kind zurzeit? Schultyp? Klasse?

z. B. Grund-, Haupt-, Realschule, Gymnasium, Sonderschule für:

Name der Schule?

Name des Lehrers, der Lehrerin?

Welche Klasse?

Heimunterbringung?

Internat?

Wie war die Schullaufbahn?

eingeschult am:

Vorschule besucht:

verspätete Einschulung wegen:

vorzeitige Einschulung wegen:

Wiederholung der Klasse, welche?

Klasse übersprungen, welche?

Schulwechsel im Jahre:

zeitweise keine Schule besucht, von - bis

wegen:

Geht das Kind gern zur Schule?

Ja             Nein

geht regelmäßig

erscheint     überfordert             unterfordert

hat keine Lust             verspätet sich oft

schwänzt die Schule

hat Angst vor der Schule

fehlt oft wegen

Welche besonderen schulischen Interessen hat das Kind?

Welche Fächer fallen dem Kind leicht, welche schwerer?

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

nein

ja. wegen

Was beanstanden die Lehrer/innen besonders an den Leistungen und/oder am Verhalten des Kindes?  
(Bitte in Stichworten)

Was loben sie, wo fällt Ihr Kind positiv auf?

Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch das Kind?

Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 – 6 (wie Schulnoten):

muss meistens dazu besonders aufgefordert werden

trödelt

unkonzentriert

arbeitet nachlässig

dem Kind muss ständig geholfen werden

verschweigt oft, dass es Hausaufgaben auf hat

weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen

Dauer der Hausaufgaben?

Wer betreut das Kind dabei?

## **D Freunde – Freizeit - Fähigkeiten**

Ist das Kind in einer Kinder-/Jugendgruppe oder einem Verein?

Wenn ja, in welchem:

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

spielt mit den Kindern

hat 1 - 2 gute Freunde

hat keine Freunde

spielt überwiegend mit älteren Kindern

- spielt überwiegend mit jüngeren Kindern
- hat Schwierigkeiten, weil

Welche besonderen Neigungen / Hobbys hat das Kind?

Worin sehen Sie seine besonderen Fähigkeiten?

Wie verbringt das Kind seine Freizeit?

- mit Freunden
- beschäftigt sich mit:
  - Fernsehen, wie viele Stunden täglich?
  - Computer/Videospiele, wie viele Stunden täglich?
  - Kind ist viel mit Erwachsenen zusammen
  - Kind langweilt sich

Der folgende Raum steht Ihnen für freie Einträge, Ergänzungen, Anregungen usw. zur Verfügung!