

Liebe Eltern, liebe Bezugspersonen,

zur Vorbereitung auf unseren ersten Gesprächstermin möchten wir Sie bitten diesen Fragebogen vorab aufmerksam zu lesen und die Fragen zu beantworten. Diese Informationen helfen uns, Ihr Anliegen und die Problematik besser zu verstehen und uns im Gespräch auf die aktuellen Themen und Situationen zu konzentrieren. Sollte der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie gerne auch den Freiraum auf der Rückseite für Ihre Angaben.

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Was hat Sie zu der Vorstellung in unserer Praxis bewogen? Wer hat den Anstoß dazu gegeben?

Welche Auffälligkeiten, Probleme oder Beschwerden haben Sie in den vergangenen sechs Monaten bei Ihrem Kind beobachtet? Seit wann haben sich die Probleme insgesamt entwickelt?

Haben Sie in der Vergangenheit bereits andere Fachleute, Kliniken oder Beratungsstellen in diesem Zusammenhang aufgesucht bzw. Diagnostik oder Behandlungen dort durchgeführt? Wenn ja, wann und welche? (z.B. Krankenhausaufenthalte, ambulante Psychotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Frühförderstelle, Erziehungsberatungsstellen, Mutter- Kind- Kur) – bitte ggf. die Rückseite mit nutzen.

Laufen aktuell therapeutische Maßnahmen?

Therapie	Seit wann?	Frequenz pro Woche?	Wo?
Ergotherapie			
Logopädie			
Autismustherapie			
Lerntherapie			

Wer verordnet derzeit die Therapien (z.B. Ergotherapie, Logopädie)?

Gab es in der Vergangenheit Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, gab oder gibt es aktuell ambulante Hilfen? Lebt das Kind derzeit in einer Einrichtung? Wenn ja, seit wann und wo? Gab es bereits mehrere Wechsel in Bezug auf den Wohnort bzw. Betreuungssituation?

Nimmt Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, wer hat diese bislang verordnet?

Name des verordnenden Arztes:

Aktuelle Medikamente:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Nebenwirkungen?

Frühere Medikamente:

Medikament	Dosierung	Wann?	Nebenwirkungen?

Bitte bringen Sie eventuell vorhandene Berichte, Befunde, Arztbriefe, Hilfepläne, Förderpläne etc. zum Erstgespräch mit – wenn möglich bitte in Kopie.

Angaben zu Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindzeit

(Das gelbe Untersuchungs-Heft kann Ihnen bei der Beantwortung der folgenden Fragen sicher hilfreich sein.)

Schwangerschaft

Gab es während der Schwangerschaft seelische/ körperliche Erkrankungen oder Probleme?

Nein Ja Falls ja, welche?

Haben Sie (Mutter) während der Schwangerschaft...

... geraucht? Ja Nein Wenn ja: Zigaretten/ Tag

... Alkohol konsumiert? Ja Nein

Geburt

Entbindung in der Schwangerschaftswoche

Geburtsverlauf normal? Ja Nein

Falls nein, welche Besonderheiten gab es? (z.B. Geburtsstillstand, Kaiserschnitt, Nabelschnurumwicklung)

Geburtsgewicht: Gramm

Geburtslänge: cm

Kopfumfang: cm

APGAR:/...../.....

Nach der Geburt

Gab es NACH der Geburt Auffälligkeiten oder Komplikationen? Ja Nein

Musste Ihr Baby nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden?

Wenn ja, warum?

Für wie lange?

Säuglings- und Kleinkindzeit?

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Ja Nein Wenn ja wie lange? Monate

Hat Ihr Baby sehr viel geschrien?

Ja Nein

Gab es Probleme beim Füttern oder Verdauen?

Ja Nein

Gab es Probleme beim Schlafen?

Ja Nein

Mit wievielen Monaten konnte Ihr Kind:

Mit wievielen Monaten war Ihr Kind:

Laufen?

Trocken am Tag?

Erste Worte sprechen?

Trocken in der Nacht?

2-3-Wort-Sätze sprechen?

Stuhlsauber?

Hat Ihr Kind erneut eingenässt oder eingekotet, nachdem es bereits mehr als 6 Monate trocken war? Ja Nein Wenn ja, wann?

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind schon? (z.B. Röteln, Windpocken, Mumps)

.....

Hatte Ihr Kind bereits schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Wann, vom wem behandelt?

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle ?

Ist Ihr Kind geimpft nach den STIKO*- Empfehlungen? Ja Nein

*STIKO = Ständige Imkommission

Hat Ihr Kind Allergien? Ja Nein, wenn ja, welche?

**Hat Ihr Kind in der Vergangenheit belastende oder außergewöhnliche Ereignisse miterlebt?
(z.B. Tod, Verlust, Unfälle, Gewalt, Opfer bzw. Zeuge von Verbrechen?)**

Wenn ja, welche?

Aktuelle Entwicklung Ihres Kindes?

Wann geht Ihr Kind ins Bett?

Schläft Ihr Kind im eigenen Bett ein und durch? Ja Nein

Unser Kind schläft gut mäßig schlecht ein.

Unser Kind schläft gut mäßig schlecht durch.

Der Appetit ist gut mäßig schlecht.

Aktuelles Gewicht: kg Aktuelle Körpergröße: cm

Bei Mädchen: Erste Regelblutung mit Jahren

Gab es in letzter Zeit Gewichtsveränderungen? Ja Nein

Leidet Ihr Kind aktuell an einer körperlichen Erkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind Erfahrungen mit Alkohol Drogen Nikotin ?

Wenn ja, bitte genauer beschreiben.

Soziale Entwicklung Ihres Kindes

Kindergarten und Vorschulalter:

Wann erfolgte die Aufnahme in die Krippe/ Kindergarten? Mit Jahren.

Bei Kindergarten-/ Vorschulkindern:

Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind aktuell?

Ist Ihr Kind ein I- Kind*? Besucht Ihr Kind einen besonderen Förderkindergarten? Ja Nein

*I-Kind = Inklusionskind

Bei Schulkindern:

Gab es während der Kindergartenzeit Auffälligkeiten im Bereich des Verhaltens oder der Entwicklung? (z.B. Sprache, Motorik, Konzentration, Aggressivität, Trennungängste etc.)

Wenn ja, welche?

Schule

Unser Kind wurde: regelrecht eingeschult , ein Jahr zurückgestellt , war ein „Kann- Kind“

Bei Vorschulkindern > Wann wird Ihr Kind schulpflichtig?

Bitte beschreiben Sie kurz den schulischen Werdegang. Achten Sie hierbei bitte insbesondere auch auf schwierige Erfahrungen (z.B. Klassenwiederholungen, Schulwechsel, Schulformen)

Aktuelle Klasse/ Schule (Name und Adresse):

.....

Schulform: Grundschule Gesamtschule Gymnasium Förderschule

Derzeitiges Leistungsniveau (z.B. gut / mittel / schwach):.....

Lieblingsfächer: Unbeliebte Fächer:

Ist Ihr Kind gut in die Klassengemeinschaft integriert? Ja Nein

Wenn nein, bitte angeben: Einzelgänger, Außenseiter, Klassenkasper, Sündenbock

Geht Ihr Kind gerne zur Schule? Ja Nein

Wenn nein, warum?

Schulbesuch: erfolgt regelmäÙig , unregelmäÙig , nicht mehr seit....., weil.....

Unser Kind geht: in eine Ganztagschule einen Hort eine Tagesgruppe

Besonderheiten während der Coronapandemie? Wie kommt Ihr Kind mit dem Homeschooling/ Wechselmodell zurecht? Befindet sich Ihr Kind aufgrund familiärer Risikofaktoren im Distanzunterricht?

Freizeit und Spiel (bitte auch bei Kindergartenkindern ausfüllen)

Freizeit

Hobbies, Interessen, Lieblingsspiele?

Mitglied in einem Verein oder Gruppen (z.B. Fußball, Tanzverein, Feuerwehr etc.)

Welche Stärken hat Ihr Kind? Was kann es besonders gut?

Gemeinsame Aktivitäten/ Hobbies mit der Familie?

Medienkonsum

Fernsehen/ TV: Stunden/ Tag

Lieblingssender/Serien/Filme:

Computer/ Spielkonsole: Stunden/ Tag

Welche Spiele spielt Ihr Kind?

Handy: Stunden/ Tag

Was macht Ihr Kind vorzugsweise mit dem Handy? (z.B. Youtube, WhatsApp, Spielen)

Hat der Medienkonsum während Corona zugenommen? Ja Nein

Gibt es diesbezüglich Spannungen oder Streit? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Freunde und soziales Verhalten

Hat Ihr Kind feste Freundschaften? Ja Nein

Wenn ja, wieviele?

Wie oft findet der Kontakt zu Freunden in der Woche statt?

1x 2-3x mehr als 3x Während Corona: digital persönlich

Wird Ihr Kind zu Kindergeburtstagen eingeladen? Ja Nein

Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber Gleichaltrigen (z.B. schüchtern, bestimmerisch, kompromissbereit, provokant oder aggressiv, selbstbewusst)?

Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern (Pfleeltern, Erziehern etc.)?

Wie ist die Beziehung zu den Geschwistern?

Angaben zur Familie

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater	Stief-/ Pflege-/ Adoptivmutter	Stief-/ Pflege-/ Adoptivvater
Geburtsdatum/ Alter				
Schulabschluss				
Berufsausbildung				
Voll-/ Teilzeit-, Schichtarbeit				
Körperliche Erkrankungen				
Familiäre Belastungsfaktoren				
Psychische Störungen				

Eltern

- verheiratet zusammenlebend getrennt lebend geschieden
 haben nie zusammengelebt Vater/ Mutter unbekannt sonstige

Sorgerecht

- Gemeinsames Sorgerecht (Vater und Mutter), Mutter, Vater, Vormund, Sonstige

Gesundheitsfürsorge

- Mutter, Vater, Vormund

Gegenwärtig lebt das Kind bei der/ dem/ den:

- Eltern/ Familie Leiblichen Mutter + Partner*in Leiblichen Vater + Partner*in
 Großeltern Pflegefamilie Adoptiveltern Jugendhilfe/ Wohngruppe Sonstige

Bei getrennt lebenden Eltern: Wie verläuft der Kontakt zum anderen Elternteil (wie oft? Konflikte?)

Hat das Kind jemals außerhalb der Familie gelebt (z.B. Pflegefamilie, Wohngruppe)?

Wenn ja, warum, wann und wo?

Geschwister

Name/ Alter	Vollgeschw./ Halbgeschw. (väterlicherseits, mütterlicherseits)	Gemeinsamer Haushalt?	Besonderheiten

Gibt es Konflikte oder Rivalitäten zwischen den Kindern? Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen bei den Geschwistern? Wenn ja, welche?

Gibt es neue Partnerschaften?

Beim Vater: Ja Nein

Bei der Mutter: Ja Nein

Anzahl der Kinder der neuen Partner*in:

Anzahl der Kinder der neuen Partner*in:

Anzahl gemeinsamer Kinder:

Anzahl gemeinsamer Kinder

Bezugspersonen und Großeltern

Wie ist der Kontakt zu den Großeltern?

Welche anderen wichtigen Bezugspersonen gibt es?

Gibt es noch etwas was Sie uns gerne mitteilen möchten? Schreiben Sie es uns gerne noch auf.

Wer hat den Bogen ausgefüllt?

Datum und Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie all unsere Fragen beantwortet haben. Wir freuen uns Sie und Ihr Kind bald kennenzulernen und gemeinsam Ihre Fragen und Sorgen zu besprechen.