

Anamnesebogen Eltern - Adoptiveltern

Lieb:er Patient:in, liebe Eltern bzw. päd. Mitarbeiter:innen,

dieser Fragebogen zur Vorgeschichte der Entwicklung der Symptomatik (Anamnese) dient der Vorbereitung unserer Therapiesitzungen. Indem Sie ihn **vollständig und sorgfältig** ausfüllen, können wir unsere Therapiezeit gezielt für die für Sie bedeutsame Themen nutzen. Selbstverständlich werden diese Daten absolut vertraulich behandelt.

Bitte überprüfen Sie nach dem Ausfüllen des Bogens, ob Sie **alle Fragen beantwortet** haben. Wenn Sie sich bei bestimmten Fragen unsicher sind, können wir darauf im Gespräch zurückkommen.

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

1. Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Eltern
 Adoptiveltern
 Pflegeeltern
 Großeltern
 alleinerziehender Vater
 alleinerziehende Mutter

2. Allgemeine Angaben zum/zur Patient:in:

Name:	Vorname(n):	Rufname/Kosename:
Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
Straße/ Hausnummer:	PLZ / Ort:	Telefonische Erreichbarkeit:
Geschlecht:	Größe: in cm	Religionszugehörigkeit:
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	Gewicht: in kg wird von uns errechnet: BMI:	<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> _____
Lebt vorwiegend bei:	Bitte Adresse und Telefonnummer angeben bei:	
<input type="checkbox"/> leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> leiblichem Vater <input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> _____

3. Vorstellungsanlass, Problembereiche und Stärken der/des Patient/in:

3.1 Was ist der Grund der Vorstellung? Welche Symptome beobachten Sie beim Kind und seit wann bestehen diese?

	Vorstellungsanlass/Symptom	besteht seit ca:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Worüber machen Sie sich folgende Personen/Institutionen am meisten Sorgen?

Mutter: _____

Vater: _____

Kindergarten/Schule/Ausbildung: _____

Wer gab den Anstoß/Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie?

- Elterliche Überlegung eigene Überlegung des/der Patient:in
 die/der behandelnde Ärzt:in Anraten Kindergarten/Schule
 Anraten Hort/Wohnheim Anraten von Bekannten/Verwandten

3.2 Ausmaß der aktuellen Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen (Elternsicht):

(bitte ankreuzen)	keine	gering	mäßig	Groß	sehr groß
Schule/Ausbildung/Studium:					
Hausaufgaben/Lernen:					
Alltagserledigungen:					
Familienleben:					
Kontakt zu Freunden:					
Partnerschaft:					
Freizeitgestaltung:					
Körperliche Leistungsfähigkeit:					

Welche Stärken bzw. Eigenschaften schätzen Sie am Kind?

Mutter: _____

Vater: _____

3.3 Wie schöpft das Kind Kraft, wenn es ihm schlecht geht, wie kommt es zur Ruhe?

Sicht der Mutter: _____

Sicht des Vaters: _____

3.4 Wie schöpfen Sie als Eltern Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht, wie kommen Sie zur Ruhe?

als Mutter: _____

als Vater: _____

4. Welche Vorbehandlungen wurden bereits durchgeführt?

	Von	bis	bei wem? (Name, Adresse)
<input type="checkbox"/> Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Logopädie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Lerntherapie			
<input type="checkbox"/> KJ-Psychiatrie			
<input type="checkbox"/> KJP-Tagesklinik			
<input type="checkbox"/> Mutter-Kind-Klinik			
	seit Lj.:	Dosis	Name des Medikaments
<input type="checkbox"/> Medikamente			
<input type="checkbox"/> Homöopathie			
	Von:	Bis:	Welches Jugendamt?
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung			
<input type="checkbox"/> Erziehungsbeistand			
<input type="checkbox"/> Familienhilfe			
<input type="checkbox"/> Heilpäd. Tagesstätte			
<input type="checkbox"/> Heimerziehung			
<input type="checkbox"/> Pflegefamilie			

Was haben Sie als Eltern schon versucht, um die Problematik zu verbessern (Paartherapie, Eheberatung, bestimmte Erziehungspraktiken, ...)?

5. Daten der leiblichen Eltern:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vorname(n):		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Straße / Hausnummer:		
PLZ/ Ort:		
Festnetz:		
Handy:		
Email:		
Nationalität:	<input type="checkbox"/> Deutsche <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/> _____
Sorgerecht: liegt bei <input type="checkbox"/> Eltern(teil) <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeschränkt: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeschränkt: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
Erziehungszeit in Anspruch genommen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für ____ Monate	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja für ____ Monate
Schulabschlüsse/ Bildungsweg:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige _____	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige _____

Ausbildungsabschluss und beruflicher Werdegang:	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____
Aktuell tätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> verrentet seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/ Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellte <input type="checkbox"/> Hausfrau als: _____	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> verrentet seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellter <input type="checkbox"/> Hausmann als: _____
Arbeitsumfang / Arbeitszeiten:	<input type="checkbox"/> wöchentl. Arbeitsstunden: ____ <input type="checkbox"/> Früh-, Tag-, Nachtschicht (unzutreffendes bitte streichen) <input type="checkbox"/> Arbeitszeiten: _____	<input type="checkbox"/> wöchentl. Arbeitsstunden: ____ <input type="checkbox"/> Früh-, Tag-, Nachtschicht (unzutreffendes bitte streichen) <input type="checkbox"/> Arbeitszeiten: _____
Behinderung /-grad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: ____%	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: ____%
Beziehungsstatus:	<input type="checkbox"/> zusammenlebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Konstellation:
Kinder aus anderen Ehen/Partnerschaften	Name, Geburtsjahr, Schule/Ausbildung, lebt bei?	Name, Geburtsjahr, Schule/Ausbildung, lebt bei?

6. Kontaktdaten getrennter bzw. verwitweter Elternteile:

	Lebenspartner(in) der Mutter	Lebenspartner(in) Vater
Vorname(n):		
Nachname:		
Geburtsdatum:		
Handy:		

Nationalität:	<input type="checkbox"/> Deutsche <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/> _____
Schulabschlüsse/ Bildungsweg:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Hochschule
Ausbildungsabschluss und beruflicher Werdegang:	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> kein Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung im: <input type="checkbox"/> _____
Aktuell tätig	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellte als: _____	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: _____ <input type="checkbox"/> Selbständig/Freiberuflich <input type="checkbox"/> Angestellter als: _____
Arbeitsumfang:	<input type="checkbox"/> Teilzeit : _____Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Teilzeit : _____Std. <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Schichtdienst
Vorherige Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____	<input type="checkbox"/> geschieden seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: _____ <input type="checkbox"/> verwitwet seit: _____
Aktuelle Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> zusammen seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____	<input type="checkbox"/> zusammen seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet seit: _____

7. Geschwister(position) des/der Patienten/in (evtl. zusätzliches Blatt verwenden):

Der Patient ist das _____ Kind von insgesamt _____ Geschwistern.

	1	2	3	4
Vorname:				
Nachname:				
Geburtsdatum:				
Verhältnis:	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.
Schulart:	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftssch. <input type="checkbox"/> FOS <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Berufsschule
Klasse:				
Schulabschluss:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ausbildung:	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> _____			
Auffälligkeiten/ Probleme/ Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
Lebt im gleichen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

8. Umgangsregelung für den/die Patientin/en und Kontaktqualität zu den Elternteilen:

8.1 Umgangsregelung:

Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil:

nein ja

Findet der Kontakt nur tagsüber oder mit Übernachtung statt? nein ja

Verbringen Sie auch Ferien als Elternteil mit dem Kind? nein ja, _____

In welchen Abständen findet diese Kontakte statt? _____

Wie zuverlässig können die Kontakttermine eingehalten werden, weshalb nicht? _____

Gab es längere Zeiten ohne Kontakt, weshalb? nein ja, _____

8.2 Umgangsregelung aus Sicht der Eltern:

Die Umgangsregelung entstand durch:

Eltern untereinander/einvernehmlich Beratungsstelle Jugendamt Gericht

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung als Mutter?

sehr zufrieden zufrieden unzufrieden nicht akzeptierend

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung als Vater?

sehr zufrieden zufrieden unzufrieden nicht akzeptierend

8.3 Umgangsregelung aus der Sicht des Kindes nach Meinung der Eltern:

Wie zufrieden ist das Kind mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung?

sehr zufrieden zufrieden unzufrieden nicht akzeptierend

Hat sich die Sicht auf diese Regelung bei ihrem Kind im Verlauf geändert, wenn ja in welcher Form?

8.4 Kontaktqualität zu den Elternteilen:

Zeigt das Kind Verhaltensauffälligkeiten, wenn es bei Ihnen ist?

Mutter: nein ja, _____

Vater: nein ja, _____

Wie verhält sich das Kind in den Trennungssituationen beim Bringen oder Abholen?

Wurden Besuchskontakte wegen bestimmter Schwierigkeiten frühzeitig beendet, wenn ja warum?

Welche Aktivitäten unternehmen Sie, wenn sich ihr Kind bei Ihnen aufhält?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie schätzen Sie die Qualität des Kontaktes zu ihrem Kind ein? 1 (sehr zufrieden) bis 5 (unzufrieden)

Mutter	1	2	3	4	5
Vater	1	2	3	4	5

Wie schätzen Sie den Kontakt zum/zur neuen Partner:in ein? unzutreffend

1 (sehr gut) bis 5 (schlecht)

Mutter	1	2	3	4	5
Vater	1	2	3	4	5

Wie schätzen Sie den Kontakt zu den weiteren Kindern des/der Partnerin ein? unzutreffend

1 (sehr gut) bis 5 (schlecht), vs/ms (unzutreffendes streichen)

Kind 1	vs /ms	1	2	3	4	5
Kind 2	vs / ms	1	2	3	4	5
Kind 3	vs /ms	1	2	3	4	5
Kind 4	vs / ms	1	2	3	4	5

Nehmen Sie an Veranstaltungen/Terminen zu Fragen der Lebensgestaltung des Kindes teil?

	Elternabende Kiga/Schule	Feste Kiga/Schule	Arzbesuche Kiga/Schule	Jugendamt Kiga/Schule	anderes Kiga/Schule
Mutter					
Vater					

Gibt es bei der Ausübung des Sorgerechtes spezifische Probleme? nein ja,

Mutter: _____

Vater: _____

9. Herkunftsfamilie der Eltern

9.1 Psychische Störungen oder chronische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie?

Diagnosen mütterlicherseits	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma	Opa	Sonstige Verwandte
1.					
2.					
3.					
Diagnosen väterlicherseits	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma	Opa	Sonstige Verwandte
1.					
2.					
3.					

9.2 Angaben zur Herkunftsfamilie der leiblichen Mutter

Bei wem sind Sie als Kind aufgewachsen? Eltern Stiefeltern Pflege- bzw. Adoptiveltern

Fremdunterbringung in: _____

Wann sind Sie zu Hause ausgezogen und was hat Sie dazu veranlasst?

Welche besonderen Lebensereignisse haben Ihre Kindheit geprägt?

(Scheidung(en), schwerwiegende Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Pflegefamilien- oder Heimaufenthalte, Schulwechsel, sexueller bzw. Gewaltmissbrauch, ...)

Wie viele Geschwister haben Sie, wie alt sind diese, welchen Beruf üben sie aus, haben diese Kinder oder chronische körperliche oder psychische Erkrankungen?

Vorname	Alter	Schulabschluss/Beruf	Familienstand	Anz. Kinder	Erkrankungen

Sind bereits Geschwister von Ihnen verstorben?

Nein

ja, _____

Wie ist/war der Kontakt, das Verhältnis zu Ihren Geschwistern? Haben Sie regelmäßig Kontakt?

Wie erinnern Sie Ihre eigene Kindheit?

glücklich	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	unglücklich
-----------	----	----	----	---	----	----	----	-------------

Haben Sie sich als Kind von Ihrer Familie unterstützt gefühlt oder waren Sie früh auf sich allein gestellt?

unterstützend	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	auf mich allein gestellt
---------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------

Wie viele Kinder haben Sie sich ursprünglich gewünscht, welche Geschlechterverteilung haben sie sich vorgestellt?

Welchen Schulabschluss bzw. welche Berufsausbildung haben Ihre Eltern (Großeltern des Pat)?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt?

Mutter _____ Jahre

Vater _____ Jahre

Wie alt ist Ihre Mutter bzw. wann und woran ist diese verstorben? _____

Wie alt ist Ihr Vater bzw. wann und woran ist dieser verstorben? _____

In welchem Lebensalter gingen ihre Eltern Eheschließung(en) ein bzw. erfolgten Scheidungen?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie ist/war die Ehe ihrer Eltern? gut harmonisch selten Streit konflikthaft

Wo leben Ihre Großeltern? am Ort _____

Gibt es gemeinsame Urlaube mit Ihren Eltern? ja selten nein

Halten Sie Kontakt zu ihren Eltern? häufig selten nein

Wie ist das Verhältnis ihrer Eltern zu ihnen als Tochter? (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)

Gut	1	2	3	4	5	schlecht
-----	---	---	---	---	---	----------

Wie ist das Verhältnis der Mutter ihres Mannes zu Ihnen als Schwiegertochter?

Gut	1	2	3	4	5	schlecht
-----	---	---	---	---	---	----------

Wie ist das Verhältnis des Vaters ihres Mannes zu Ihnen als Schwiegertochter?

Gut	1	2	3	4	5	schlecht
-----	---	---	---	---	---	----------

Gibt/gab es spezifische Belastungen im Leben Ihrer Eltern? (Verlusterfahrungen, Krankheit, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Auslandseinsätze, Einwanderung,...)

Nein Ja, _____

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und Ihrer eigenen Kindheit, dem eigenen schulischem bzw. beruflichen Werdegang?

Nein Ja, _____

9.3 Angaben zur Herkunftsfamilie des leiblichen Vaters

Bei wem sind Sie als Kind aufgewachsen? Eltern Stiefeltern Pflege- bzw. Adoptiveltern
 Fremdunterbringung in: _____

Wann sind Sie zu Hause ausgezogen und was hat Sie dazu veranlasst?

Welche besonderen Lebensereignisse haben Ihre Kindheit geprägt?

(Scheidung(en), schwerwiegende Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Pflegefamilien- oder Heimaufenthalte, Schulwechsel, sexueller bzw. Gewaltmissbrauch, ...)

Wie viele Geschwister haben Sie, wie alt sind diese, welchen Beruf üben sie aus, haben diese Kinder oder chronische körperliche oder psychische Erkrankungen?

Vorname	Alter	Schulabschluss/Beruf	Familienstand	Anz. Kinder	Erkrankungen

Sind bereits Geschwister von Ihnen verstorben? Nein ja, _____

Wie ist/war der Kontakt, das Verhältnis zu Ihren Geschwistern? Haben Sie regelmäßig Kontakt?

Wie erinnern Sie Ihre eigene Kindheit?

glücklich	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	unglücklich
-----------	----	----	----	---	----	----	----	-------------

Haben Sie sich als Kind von Ihrer Familie unterstützt gefühlt oder waren Sie früh auf sich allein gestellt?

unterstützend	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	auf mich allein gestellt
---------------	----	----	----	---	----	----	----	--------------------------

Wie viele Kinder haben Sie sich ursprünglich gewünscht, welche Geschlechterverteilung haben sie sich vorgestellt?

Welchen Schulabschluss bzw. welche Berufsausbildung haben Ihre Eltern (Großeltern des Pat)?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt? Mutter _____ Jahre Vater _____ Jahre

Wie alt ist Ihre Mutter bzw. wann und woran ist diese verstorben? _____

Wie alt ist Ihr Vater bzw. wann und woran ist dieser verstorben? _____

In welchem Lebensalter gingen ihre Eltern Eheschließung(en) ein bzw. erfolgten Scheidungen?

Mutter: _____

Vater: _____

Wie ist/war die Ehe ihrer Eltern? gut harmonisch selten Streit konflikthaft

Wo leben Ihre Großeltern? am Ort _____

Gibt es gemeinsame Urlaube mit Ihren Eltern? ja selten nein

Halten Sie Kontakt zu ihren Eltern? häufig selten nein

Wie ist das Verhältnis ihrer Eltern zu ihnen als Sohn? (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)

Gut	1	2	3	4	5	schlecht
-----	---	---	---	---	---	----------

Wie ist das Verhältnis der Mutter ihre Frau zu Ihnen als Schwiegersohn?

Gut	1	2	3	4	5	schlecht
-----	---	---	---	---	---	----------

Wie ist das Verhältnis des Vaters ihrer Frau zu Ihnen als Schwiegersohn?

Gut	1	2	3	4	5	schlecht
-----	---	---	---	---	---	----------

Gibt/gab es spezifische Belastungen im Leben Ihrer Eltern? (Verlusterfahrungen, Krankheit, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Auslandseinsätze, Einwanderung, ...)

Nein Ja, _____

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und Ihrer eigenen Kindheit, dem eigenen schulischem bzw. beruflichen Werdegang?

Nein Ja, _____

10. Verlauf Ehe, Partnerschaft der Eltern bzw. Stief-, Pflege-, Adoptiveltern

Empfinden Sie Ihre aktuelle Beziehung als unterstützend?

Mutter: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Vater: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Denken Sie manchmal daran, sich zu trennen?

Mutter: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Vater: betrifft mich nicht bzw.: ja, weil nein, weil

Wie empfinden Sie Ihre Sexualität in der Partnerschaft?

Mutter: betrifft mich nicht bzw.: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Vater: betrifft mich nicht bzw.: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Wie zufrieden sind Sie mit der Wohnsituation Ihrer Familie?

Mutter: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Vater: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Wie zufrieden sind Sie mit der Einkommenssituation Ihrer Familie?

Mutter: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Vater: sehr gut bis befriedigend unbefriedigend, weil

Welche Rolle spielt Religion bzw. Spiritualität in Ihrem Leben?

Mutter: keine Rolle anlassbezogen (Taufe, Hochzeit, Beerdigung,...) große Rolle
weil: _____

Vater: keine Rolle anlassbezogen (Taufe, Hochzeit, Beerdigung,...) große Rolle
weil: _____

Wie viele gute Bekannte/ Freunde haben Sie? Mutter ____ Vater ____ gemeinsam ____

Wie häufig ist der Kontakt zu Ihren Bekannten/Freunden?

Mutter: täglich wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Vater: täglich wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung Ihrer Bekannten/Freunde?

Mutter: sehr zufrieden ----- sehr unzufrieden

Vater: sehr zufrieden ----- sehr unzufrieden

Wie haben Sie sich kennen gelernt (Alter), war dies ihre erste Beziehung, wann sind sie als Paar zusammengezogen, was gab den Anstoß dazu, war Ihre Herkunftsfamilie mit der Partnerwahl einverstanden?

Gibt/Gab es Belastungen und Krisen in Ihrer Partnerschaft (z.B. wie einig waren Sie sich bei der Anzahl der gemeinsamen Kinder, Erziehungsfragen, ein/e Partner/in ging fremd, Herkunftsfamilie war mit der Wahl des/der Partner/in nicht einverstanden, Fragen der Eheschließung,...) und wie haben Sie diese Krisen bisher versucht zu bewältigen?

11. Entwicklungsgeschichte des Patienten

11.1 Schwangerschaft:

Wievielte Schwangerschaft? 1. 2. 3. 4. __

Gab es zuvor Totgeburten? nein ja, (wann, Ursache) _____

War die Schwangerschaft geplant? nein ja, von beiden ja, von der Mutter ja, vom Vater

Erfolgte eine Behandlung der (vermeintlichen) Unfruchtbarkeit? nein ja

Wenn ja, welche kam zum Einsatz? IVF ICSI _____

Anmerkung:

Hat die Mutter in der Schwangerschaft folgende Substanzen eingenommen, wie häufig/regelmäßig?

Nikotin	Alkohol	Drogen	Medikamente
<input type="checkbox"/> ja, _____			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Hat es während der Schwangerschaft Besonderheiten gegeben?

<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> geschwollene Beine (Ödeme)
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Stress o. seelische Belastung
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Unfälle, Krankenhausaufenthalt

Weitere bzw. nähere Anmerkungen zur Zeit der Schwangerschaft (z.B. familiäre Belastungen, Depression, Zweifel das Kind behalten zu wollen, Ängste vor einer Behinderung, ...):

11.2 Geburtsverlauf:

Alter der Mutter:	Zeitpunkt der Geburt:	Art der Geburt	Entbindungsart:
	<input type="checkbox"/> zum errechneten Termin	<input type="checkbox"/> stationäre Geburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt
	<input type="checkbox"/> frühzeitig in ____SSwoche	<input type="checkbox"/> ambulante Geburt	<input type="checkbox"/> Sauglockengeburt
	<input type="checkbox"/> Übertragung ____Tage	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Geburtszange
Geburtsgewicht in Gr.:	Länge in cm:	<input type="checkbox"/> Geburtshaus	<input type="checkbox"/> Wunschkaiserschnitt
		<input type="checkbox"/> Wassergeburt	<input type="checkbox"/> Not-Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen während der Geburt? nein ja, bitte ankreuzen, ergänzen

<input type="checkbox"/> Langdauernde Geburt	<input type="checkbox"/> Nabelschnurvorfal oder Umschlingung	<input type="checkbox"/> Falsche Lage des Kindes
<input type="checkbox"/> Langdauernde Presswehen	<input type="checkbox"/> Schlechte Herztöne des Kindes	<input type="checkbox"/> Beckenendlage
<input type="checkbox"/> Blasensprung/ Fruchtwasserabgang < 6 Std. vor Geburt		<input type="checkbox"/> Querlage
		<input type="checkbox"/> Gesichtslage

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsgeburt? nein ja, das Kind war
 das erste das zweite _____

Hat das Kind sofort nach der Geburt geschrien? ja nein weiß ich nicht

Hat der Vater die Geburt begleitet? ja nein weiß ich nicht

Wurde das Kind nach der Geburt von der Mutter länger getrennt? nein ja, das Kind

wurde in eine Kinderklinik verlegt (weshalb, wie lange) _____

vom Jugendamt weggenommen (Anlass etc.) _____

11.3 Bindungsentwicklung, Körperkontakt und Nahrungsaufnahme

Ließ das Kind den Körperkontakt zu? ja nein weiß ich nicht

- Ließ sich das Kind durch Körperkontakt beruhigen? ja nein weiß ich nicht
- Vermied das Kind den Blickkontakt? ja nein weiß ich nicht
- War das Kind leicht irritierbar? ja nein weiß ich nicht
- Wurde das Kind gestillt? ja, bis zum ____ Lebensmonat nein, weil

Gab es Umstellungsprobleme auf Breie, feste Nahrung (ab welcher Woche gegeben)?

Gab es Besonderheiten beim Essen? nein ja, folgende

<input type="checkbox"/> Lange Fütterungsdauer	<input type="checkbox"/> Abneigung gegen Speisen, welche?
<input type="checkbox"/> Vermehrtes Speicheln	
<input type="checkbox"/> Erbrechen/ Würgen	<input type="checkbox"/> Andere Auffälligkeiten, welche?
<input type="checkbox"/> Nahrungsverweigerung	
<input type="checkbox"/> Saug-, Schluck oder Kaustörungen	

Wenn in den ersten Lebenswochen Probleme auftraten, wie belastend waren diese?

Problem/Störung	Ja	nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	Gering	Mittelstark	Sehr stark
Gelbsucht						
Atemstörung						
Trinkschwäche						
Fütter- und Gedeihstörung						
Erbrechen						
Dreimonatskoliken						
Anhaltendes Schreien						
Motorische Unruhe						
Schlafstörungen						
Krämpfe						
Sonstiges:						

12. Entwicklungsbereiche und ihr Verlauf:

Wie beurteilen Sie als Eltern **im Vergleich mit anderen gleichaltrigen Kindern** die Entwicklung des Kindes?

- normal, gleich schnell entwickelt langsamer entwickelt rascher entwickelt

12.1 Motorische Entwicklung:

Wie ist die motorische Entwicklung verlaufen?:	Alter in Monaten:
Wann ist das Kind gekrabbelt?	
Wann konnte es alleine sitzen?	
Wann konnte es frei stehen?	
Wann konnte es frei laufen?	
Bauch- und Rückenlage in der Wachphase wurden toleriert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist sehr bewegungsfreudig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind vermeidet Bewegungsaktivität?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind praktiziert(e) den Zehenspitzenengang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen (spezifische Entwicklungsverzögerungen, Beobachtungen):

12.2 Sprachentwicklung

Wie ist die sprachliche Entwicklung verlaufen?	Alter in Monaten:
Wann konnte es erste Worte sprechen?	
Wann konnte es einfache Sätze bilden?	
Hat es sich mit Zeigen, Winken mit der Hand im 1. LJ verständigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat(te) es Schwierigkeiten beim Lautieren, Brabbeln im 1. LJ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden in der Familie noch andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zeigt das Kind Auffälligkeiten in der Aussprache (welche)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Was waren die ersten Worte des Kindes?	

Trafen (wie lange?) oder treffen eine oder mehrere dieser sprachlichen Auffälligkeiten auf ihr Kind zu?

nein ja, folgende

<input type="checkbox"/> Das Kind nimmt/nahm bei der Ansprache keinen Blickkontakt auf.	<input type="checkbox"/> Das Kind benutzt(e) eine Eigensprache.
<input type="checkbox"/> Das Kind schaut(e) dem anderen beim Sprechen nur wenig oder gar nicht in die Augen.	<input type="checkbox"/> Das Kind spricht nur in bestimmten Situationen, obwohl es sprechen kann.
<input type="checkbox"/> Das Kind reagiert(e) nicht, wenn man es beim Namen ruft/rief.	<input type="checkbox"/> sonstige:

Weitere Anmerkungen:

12.3 Sauberkeitsentwicklung

Wie ist die Sauberkeitsentwicklung verlaufen?	Alter in Monaten:
Wann war es tagsüber trocken?	
Wann war es tagsüber sauber?	
Wann war es nachts trocken?	
Wann war es nachts sauber?	
Leidet oder litt der Junge an einer Phimose (Vorhautverengung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kam oder kommt es beim Kind zu Kotschmierer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kam oder kommt es beim Kind häufig zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Anmerkungen (Rückfälle, evtl. im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen, ...):

12.4 Entwicklung des Ess- und Trinkverhaltens

Wie hat sich das Essen und Trinken entwickelt?	Alter in Monaten:
Seit wann isst das Kind mit Besteck bzw. beherrscht deren Umgang?	
Kann das Kind alleine essen?	

Das Kind braucht zum Essen sehr lange.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist sehr schnell.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind frühstückt regelmäßig.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind isst im Regelfall eine warme Mahlzeit täglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist beim Essen sehr wählerisch.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind lehnt warme Speisen ab.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind lehnt kalte Speisen ab.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind isst viele Süßigkeiten bzw. trinkt viel zuckerhaltige Getränke.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind trinkt ausreichend.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind hat eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel/Getränke.	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?

Anmerkungen (Rückfälle, evtl. im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen, ...):

12.5 Die Sexuelle Entwicklung – Verlauf der Ich-Entwicklung und Pubertät?

Sexuelle Entwicklung – Verlauf der Ich-Entwicklung, Pubertät?	Alter in Monaten:
Hat(te) das Kind ausgeprägte Trotzphasen, in welchem Alter?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte das Kind bereits Stimmbruch, wann hat dieser begonnen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Wurde das Kind sexuell in der Familie aufgeklärt, wenn ja durch wen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte das Kind bereits sexuelle Aufklärung in KG, Schule, Heim,...?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Ist das Kind an den Genitalien operiert worden, wenn ja weshalb?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte ihre Tochter bereits ihre Regelblutung (Menstruation), seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hatte ihr Sohn bereits Samenerguss (Pollution) , seit wann?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hat(te) ihr Kind eine Liebesbeziehung, in welchem Alter, zu wem?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Hat(te) ihr Kind bereits Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Nimmt ihre Tochter (seit wann) Verhütungsmittel ein?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja,
Wie schätzen Sie die sexuelle Orientierung ihres adoleszenten Kindes ein?	<input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo/lesb. <input type="checkbox"/> bisex. <input type="checkbox"/> unbekannt

Anmerkungen (Doktorspiele im Kindergarten, erste große Liebe, Interesse am anderen, gleichem Geschlecht, empfindet sich als Junge/Mädchen im falschen Körper, Schwangerschaft, Abtreibung, ...)

12.6 Entwicklung der Sinneswahrnehmungen/-organe:

Wurde beim Kind die **Sehfähigkeit** überprüft? nein ja, zuletzt _____

Wurde eine Schielbehandlung durchgeführt? nein ja, von _____ bis _____

Trägt es eine Brille/Kontaktlinsen? nein ja, seit _____

Brille wegen seiner: Kurzsichtigkeit Dioptrienzahl: _____

Kontaktlinsen Weitsichtigkeit Dioptrienzahl: _____

Wurde beim Kind die **Hörfähigkeit** überprüft? nein ja, zuletzt _____

Paukenergüsse (wann, Anmerkung) _____

- Mittelohrentzündung (wann, Anmerkung) _____
- Operation im HNO-Bereich (wann, Anmerkung) _____
- Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (wann) _____

Trägt es ein Implantat, Hörgerät? nein ja, seit _____

Hörgerät Hörimplantat Ursache: _____

Zeigt das Kind aktuell Besonderheiten bei **Berührungen**? nein ja, folgende

vermeidet Körperkontakt vermeidet bestimmte Kleidung, Materialien

Zeigt das Kind Besonderheiten im **Schmerzempfinden**? nein ja, folgende

12.7 Schlafverhalten:

Wie ist das aktuelle **Schlafverhalten** des Kindes? unauffällig auffällig, denn es

wacht immer wieder auf hat Alpträume

schläft lange nicht ein schläft nur mit Lichtquelle

Wo schläft das Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer

bei den Eltern bei Geschwistern

Wann geht das Kind abends zu Bett? _____ Uhr und steht es morgens auf? _____ Uhr

Nutzt das Kind vor dem Schlafen länger Fernseher; Handy, PC,...? nein ja, ca. ___ Std.

Ist es tagsüber müde und schläft? nein ja, ca. _____ Std.

12.8 Entwicklung der Händigkeit:

Zeigt das Kind eine **Bevorzugung einer Hand**? nein ja

Händigkeit noch unausgereift links- rechtshändig

Wurde die Händigkeit des Kindes aus erzieherischen Gründen verändert? nein ja, weil

Zeigt das Kind besondere händische Schwierigkeiten? nein ja, beim

Malen Basteln Umgang mit Schere Umgang mit Stift

Kann sich das Kind **selbständig anziehen**? ja, seit _____ nein, es benötigt Hilfe beim

Reißverschluss Schleife binden Knöpfe schließen/öffnen

12.9 Entwicklung der Geschwisterposition:

Gab oder gibt es eine grundsätzliche Unzufriedenheit mit der Geschwisterposition (Einzelkind, Zwilling, jüngstes, ältestes Geschwister,...)? nein ja,

Teilt sich das Kind mit anderen Geschwistern das Zimmer? nein ja,

Gibt es besondere Konflikte zwischen dem Kind und einem Geschwister? nein ja,

13. Entwicklungsverlauf in der Kinderkrippe/ Kindergartenzeit:

Hat das Kind eine Kinderkrippe / Kindergarten besucht? nein ja, ab dem ____Lj.

Wie sind/waren die Besuchszeiten? halbtags ganztags stundenweise

Hat(te) das Kind einen Integrationshelfer, Integrationsmaßnahmen? nein ja, _____

Gibt/ gab es bei der Eingewöhnung Probleme? nein ja, welche:

Wie kommt/ kam das Kind mit den anderen Kindern zurecht? gut weniger gut, weil:

Hat(te) das Kind Freund:innen? nein ja, und zwar lang anhaltende häufig wechselnde

Wie kommt / kam das Kind mit den Erziehern/innen zurecht? gut weniger gut, weil:

Gibt/ gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse? nein ja, welche:

Wie gerne geht / ging das Kind in den Kindergarten?

sehr gerne gern mittel nicht so gerne sehr ungern

Gab es einen Kindergartenwechsel?

nein

ja, wann, (Alter des Kindes, warum)

14. Schulischer Entwicklungsverlauf:

In welchem Alter erfolgte die Einschulung?

Erfolgte eine Zurückstellung?

nein

ja, auf Wunsch von

Begründung:

Welche Schulen hat das Kind bisher besucht?
(von wann bis wann?)

Grundschulförderklasse

Regelgrundschule

Förderschule L E G

Sprachheilschule

Mittelschule

Realschule, Schulzweig _____

Gemeinschaftsschule

Gymnasium, Schulzweig _____

FOS

Andere:

Hat das Kind eine Vorklasse besucht?

nein

ja, welche?

Wurde eine Diagnose und Förderklasse besucht?

nein

ja, welche?

Welche Klasse besucht das Kind aktuell?

Was sind die Lieblingsfächer des Kindes?

Hat das Kind Teilleistungsschwierigkeiten?

nein

ja, im Lesen Rechnen Schreiben

Hat das Kind bereits eine Klasse wiederholt?

nein

ja, welche?

Wurde das Kind umgeschult?

nein

ja, Klasse(n)

Wurde der Besuch einer weiterführenden Schule
von Lehrern empfohlen?

nein

ja

Hat das Kind einen Förderstatus an der Schule
oder besucht es einen Förderunterricht?

nein

ja, und zwar:

Erledigt das Kind die Hausaufgaben selbständig?

ja

nein

Zeigt das Kind bei den Hausaufgaben

hohe Ablenkbarkeit

motorische Unruhe

Konzentrationsprobleme

Verweigerung zu beginnen

Unterschlagen v. Aufgaben, Vorbereitungen?

Das Kind ist mit den Hausaufgaben beschäftigt

< 1 Std. < 2 Std. < 3 Std.

Bekommt das Kind Nachhilfe und wie regelmäßig?

nein
 ja, nach Bedarf im Fach _____
 ja, kontinuierlich im Fach _____

Besucht das Kind die schulische Nachmittagsbetreuung bzw. eine Ganztagesklasse? Wer betreut es am Nachmittag ansonsten?

ja, die Nachmittagsbetreuung
 ja, eine Ganztagesklasse
 nein, wird von den Eltern betreut
 nein, wird von den Großeltern betreut
 nein, wird von _____ betreut

Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen?

überdurchschnittlich
 durchschnittlich
 unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen zufrieden?

zufrieden
 meistens zufrieden
 selten zufrieden
 unzufrieden

Wie ist das Kind in den Klassenverband integriert?

mäßig bzw. gut in die Klasse integriert
 Außenseiter Freunde in anderen Klassen

Gibt es Schwierigkeiten mit den Lehrern?

nein ja, weil

Wurden bereits Diagnosen gestellt und wann?

nein
 ja, und zwar in der ____ Klasse
 Dyskalkulie Legasthenie AD(H)S

Gab es schon einmal Tadel?

Mitteilung Verweis(e)
 Abholung / Beurlaubung
 Unterrichtsausschluss

Wie würden Sie das Sozialverhalten/Engagement des Kindes in der Schule beschreiben?

unauffällig
 engagiert als
 1./2. Klassensprecher
 1./2. Schülersprecher
 Schulsanitäter
 Streitschlichter
 Tutorentätigkeit
 auffällig, z.B.

-
- sehr stiller Schüler
 - aggressiv gegen Mitschüler
 - verlässt unerlaubt das Schulgelände
 - stört häufiger den Unterricht
 - schwänzt öfter die Schule
 - sonstiges:
-

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert?

- nein ja, (seit, Art, Anschrift)

15. Belastende Lebensereignisse für das Kind? Bitte Alter des Kindes angeben, in dem das Ereignis stattfand bzw. weshalb denken Sie, wurde das Kind damit wie belastet?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trennungserfahrung (Tagesmutter, Inhaftierung eines Elternteiles, ... | <div style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 2px;">bitte Alter angeben, kurze nähere Angaben</div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Tod wichtiger Bezugspersonen, Tiere | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Geburt von Geschwistern, Geschwisterrolle | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Trennung bzw. Scheidung der Eltern | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Gewalt-, emotionaler, sexueller Missbrauch | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Umzüge / Verlust sozialer Bezüge | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> Rassismus, Diskriminierung, Mobbing | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> schwere Erkrankungen in der Familie | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |
| <input type="checkbox"/> eigene schwere Erkrankung/Unfälle | <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> |

16. Freizeitverhalten des Kindes:

Wie viele gute Freunde hat das Kind ungefähr?

- keinen einen 1-2 Freunde 3-4 Freunde mehr als 4 Freunde

An wie vielen Tagen liest das Kind in einem Buch?

- nie sehr selten an _____ Tagen pro Woche

Was spielt das Kind zu Hause am liebsten, womit verbringt es dort hauptsächlich seine Freizeit?

Geht das Kind regelmäßigen außerhäuslichen Freizeitaktivitäten nach (Spielplatzbesuche, Sportarten betreiben, Sportvereinen angehören, Chor, Musikunterricht, Pfadfinder, Ministranten, Feuerwehr, Jugendrotkreuz, Schachverein, ...)?

- nein ja (welche, seit wann, wie häufig pro Woche)

Wie häufig finden folgende Freizeitaktivitäten statt (bitte entsprechend ankreuzen)?

Wie häufig	Jeden Tag	Etwa 3-5 mal pro Woche	Etwa 1-2mal pro Woche	Seltener	Nie
Spiel im Freien alleine, mit anderen					
Mein Kind besucht Freunde					
Freunde besuchen mein Kind					

Wie viel Zeit verbringt das Kind ca. täglich mit Medien?

Wie häufig	Weniger als 1 Stunde	Etwa 1-2 Stunden	Etwa 3-4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy Smartphone					
Computer, Tablet, Internet					
Fernsehen DVD etc.					
Playstation, Wii, Nintendo, Konsole					
Montag bis Freitag					
Samstag bis Sonntag, Feiertage					

Welche Regeln gibt es für diese Mediennutzung, wie werden diese eingehalten/kontrolliert, welche Sanktionen/Konsequenzen, wenn diese nicht eingehalten werden?

17. Körperliche Gesundheit des Kindes:

Welche körperlichen Symptome treten aktuell auf?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit | <input type="checkbox"/> deutliche Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Erstickungsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit | <input type="checkbox"/> deutlicher Gewichtsverlust | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> vermehrtes Schlafbedürfnis | <input type="checkbox"/> Magenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Brust | <input type="checkbox"/> Würge- bzw. Brechreiz | <input type="checkbox"/> Haut juckt/brennt |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Rücken | <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühle |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen im Nacken | <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> Zittern |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen in der Schulter | <input type="checkbox"/> Herzasen | <input type="checkbox"/> _____ |

Welche Kinderkrankheiten hatte das Kind bisher?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Mumps Gewichtszunahme | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Ringelröteln | <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Keuchhusten |
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber | <input type="checkbox"/> Pneumokokken Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Karies im Kleinkindalter | <input type="checkbox"/> Milchschorfasern | <input type="checkbox"/> Hand Fuss Mund Krankheit (HFMD-Syndrom) |
| <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung | <input type="checkbox"/> Dreitagefieber | <input type="checkbox"/> Diphtherie |
| <input type="checkbox"/> Eiterflechte, Grindflechte | <input type="checkbox"/> Mundfäule | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung |
| <input type="checkbox"/> infektiöse Kinderlähmung (Poliomyelitis) | <input type="checkbox"/> Wundstarrkrampf (Tetanus) | |
| | <input type="checkbox"/> Kehlkopfentzündung | |

Leidet das Kind an chronischen Krankheiten? nein ja, an:

Allergien:

- Heuschnupfen
- Hausstauballergie
- Nahrungsmittel

Hauterkrankungen:

- Neurodermitis
- Psoriasis (Schuppenflechte)
- Ichtyosis (Fischschuppen)

Essstörungen:

- Adipositas
- Binging Eating
- Magersucht

Atemwegserkrankungen:

- Asthma bronchiale
- Mukoviszidose
- Zystische Fibrose

Diabetes:

- Typ 1
- Typ 2

Sonstige:

- Neurofibromatose
- Angeborene Herzfehler
- Krebserkrankung (welche?)
- _____
- _____

Darmerkrankungen:

- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn

Anfällen:

- Epilepsie
- Fieberkrämpfen
- Krampfanfällen

Haben Sie das Kind impfen lassen

nein, weil _____

ja und der Impfstatus ist aktuell? ja

nein, es fehlen: Rotaviren, Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Hepatitis B, Poliomyelitis, Pneumokokken, Meningokokken, Masern, Mumps, Röteln, Varizellen, Herpes Zoster, HPV (Humane Papillomviren), Influenza, Corona

Hatte das Kind Krankenhausaufenthalte? nein ja,

Alter:	Einweisungsgrund:

Gibt es Unverträglichkeiten?

Impfungen: _____

Medikamente: _____

Allergien: _____

Nahrungsmittel: _____

18. Fragen zur psychotherapeutischen Behandlung des Kindes

Kennen beide sorgeberechtigten Elternteile den Anlass, weshalb Ihr Kind zur Psychotherapie vorgestellt wurde/werden soll? ja nein

Halten beide Elternteile das Problem für schwerwiegend und behandlungsbedürftig? ja nein

Sind Sie bereit, im Rahmen einer Psychotherapie Ihres Kindes aktiv mitzuwirken, das Kind zu bringen und an den Gesprächen teilzunehmen? ja nein

Würden Sie in Gesprächen lieber alleine kommen, oder sollen diese zusammen mit dem getrennt lebenden Elternteil durchgeführt werden? alleine gemeinsam

Stimmen beide Elternteile einer psychotherapeutischen Behandlung zu? ja nein

Ist die/der Partner:in / Ziehvater/-mutter etc. bereit, aktiv mitzuwirken, das Kind zu bringen und an den Gesprächen teilzunehmen? ja nein

Die folgende Seite ist nur auszufüllen, wenn das Kind als Pflegekind oder Heimbewohner in einem anderen Umfeld lebt bzw. aufwächst.

Anmerkungen/Notizen für das gemeinsame Gespräch mit dem Therapeuten:

Vielen Dank!