



## Fragebogen bei Erstkontakttermin

Name des Kindes/Jgdl.: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum des Kindes/Jgdl.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Behandelnder Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_

Geb.-Ort.: \_\_\_\_\_

## Elternfragebogen zur Lebensgeschichte des Kindes

Dieser Fragebogen soll mir einen kleinen Überblick in die Entwicklung ihres Kindes und dessen Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Es erleichtert mir die Diagnostik, Beratung und Behandlung. Bringen Sie bitte, neben der Versichertenkarte des Kindes und dem gelben Untersuchungsheft sowie Zeugnissen und Vorbefunden diesen Fragebogen ausgefüllt mit. Ferner benötigen wir eine Einverständniserklärung aller Sorgeberechtigten. Selbstverständlich werden alle Angaben in derselben, streng vertraulichen Weise behandelt, wie alle anderen Mitteilung während der Beratung und Behandlung auch.

Ich danke Ihnen für Ihr Engagement und Mühe!

### Mutter:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift, wenn abweichend: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind/Jgdl.: \_\_\_\_\_

### *Großeltern ms.:*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind/Jgdl.: \_\_\_\_\_

Vater:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift, wenn abweichend: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind/Jgdl.: \_\_\_\_\_

*Großeltern vs.:*

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind/Jgdl.: \_\_\_\_\_

Vorstellung veranlasst durch:

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Eltern          | <input type="radio"/> Kinderarzt/Hausarzt |
| <input type="radio"/> Schule/Lehrer   | <input type="radio"/> Jugendamt           |
| <input type="radio"/> Psychotherapeut | <input type="radio"/> Sonstige: _____     |

Sorgerecht:

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Eltern gemeinsam | <input type="radio"/> Mutter        |
| <input type="radio"/> Vater            | <input type="radio"/> andere: _____ |

Eltern:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> verheiratet, seit _____ | <input type="radio"/> getrennt lebend, seit _____ |
| <input type="radio"/> verstorben, wer? _____  | seit? _____                                       |

Kind lebt in einem Haushalt mit:

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Mutter                            | <input type="radio"/> Vater      |
| <input type="radio"/> Stiefmutter                       | <input type="radio"/> Stiefvater |
| <input type="radio"/> andere: _____                     |                                  |
| <input type="radio"/> Geschwister, Anzahl, Alter: _____ |                                  |

Stellung des Kindes in der Kinderreihe der Aufenthaltsfamilie:

- Einzelkind /  ältestes Kind /  mittleres Kind /  jüngstes Kind  
 lebt nicht in einer Familie  Zwillingsskind

Geschwister:

Name	Geburtsdatum	Schulklasse	Krankheiten

Weitere wichtige Bezugspersonen:

---

---

---

Schwangerschaft:

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft (z.B.: hoher Blutdruck, vorzeitige Wehen, Blutungen, ...?)

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?  nein  ja

Geburt:

Laut gelbes Vorsorgeheft (siehe dort Seite 1/2) war der Geburtsverlauf:

normal/spontan  Kaiserschnitt  Saugglocke  Zange

komplikationslos  Komplikationen, und zwar: \_\_\_\_\_

Geburt in \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_g

Körpergröße: \_\_\_\_\_cm

Apgar-Wert: \_\_\_\_\_

Entwicklung:

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten; Frei Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten, Sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme

*in der Sprachentwicklung?*

nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

*Beim Hören? (z.B.:Hörgerät?)*

nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

*Beim Sehen? (z.B.: Brille?)*

nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

*Bei der Sauberkeitserziehung?*

nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

*Bei der motorischen Entwicklung?*

nein       ja, und zwar \_\_\_\_\_

Schul-und Kindergartenbesuch:

*Hat Ihr Kind den Kindergarten besucht?*

nein       ja

Gibt/gab es Probleme beim Besuch des Kindergartens, wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

Gab es irgendwelche Auffälligkeiten beim Grundschulbesuch Ihres Kindes?

\_\_\_\_\_

Evtl. wiederholte Klassen: \_\_\_\_\_

Aktuell besuchte Einrichtung: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenlehrkraft: \_\_\_\_\_

Umzüge:

Hat Ihr Kind Umzüge miterlebt?

nein       ja, und zwar:

Von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

Von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_

Freizeit:

*Mitgliedschaft in Vereinen:*

Name: \_\_\_\_\_

Wie oft: \_\_\_\_\_

Andere Hobbys: \_\_\_\_\_

*TV-Konsum:*

Eigener Fernseher im Kinderzimmer: o Ja                      o Nein

Dauer: \_\_\_\_\_ Std./Tag (Woche); \_\_\_\_\_ Std./Tag (Wochenende/Ferien)

Lieblingssendung: \_\_\_\_\_

*PC-Konsum*

Nutzung hauptsächlich für: o Spiele              o Social Networking (z.B. SchülerVZ/Facebook)

o Filme/Musik (YouTube)      o Recherchen (Nachrichten etc.)

o Sonstige: \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen Ihres Kindes:

*Schwere Erkrankungen/Krankenhausaufenthalte/Operationen:*

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

Unfälle : \_\_\_\_\_

Wann \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte (wo/wann/warum?) \_\_\_\_\_

*Allergien/Unverträglichkeiten?*      o nein              o ja, und zwar \_\_\_\_\_

*Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?*

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Dosierung: \_\_\_\_\_

*Bislang erfolgte Behandlungen (Ergotherapie/Psychotherapie/Lernförderung/Physiotherapie etc.):*

Was war/ist der Grund?

Behandler: \_\_\_\_\_

Datum:      von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Was war/ist der Grund?

---

Behandler: \_\_\_\_\_

Datum: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gibt/Gab es einen Kontakt zum Jugendamt?

o nein o ja, und zwar : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Bitte beschreiben seit wann, Name des Jugendamtes, zuständiger Sachbearbeiter)

Wo sehen Sie die Probleme, wegen derer Sie Ihr Kind bei mir vorstellen:

---

---

---

---

---

Wird ihr Kind aktuell bereits an anderer Stelle in einer Praxis für Kinder-und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie oder einem sozialpsychiatrischen Zentrum behandelt?

o nein o ja, und zwar \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Elternteils

---

Ort, Datum, Unterschrift des anderen sorgeberechtigten Elternteils

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von: Mutter/Vater/\_\_\_\_\_

**Wichtiger Hinweis:**

**Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zum nächsten Gesprächstermin mit.**