



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych Julia Sladek

Fragebogen für Jugendliche/junge Erwachsene

Name _____ Tel: _____

Adresse _____

geb.am _____ Wohnsituation _____

Mutter _____ geb. am _____ Tel: _____

Vater _____ geb.am _____ Tel: _____

Hausarzt/Psychiater: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer. _____

Versichert über: _____ Wer hat das Sorgerecht _____

Anmeldegrund: _____

Aktuelle Probleme _____

Wann/wie häufig treten die Symptome zur Zeit auf? _____

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf, wie entwickelten sie sich?

Welche Bereiche werden durch die Probleme beeinträchtigt? (Schule, familiärer Bereich, Freizeit, Kontakt mit anderen usw.)

Was sind die Folgen für sie/dich und andere Personen? Werden Situationen gemieden?

Gibt es Zeiten oder Situationen, in denen die Probleme nicht auftreten? Ja__ Nein__

Geschwister

Name	Alter	Leibliche Geschwister	Halb- geschwister	Stief- geschwister	Pflege- geschwister	Adoptiv- geschwister



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych Julia Sladek

Berufliche Situation der Eltern:

Mutter/ Pflege-, Stief-, Adoptivmutter:

Schulabschluss

Berufsausbildung

zur Zeit berufstätig? _____

Beschäftigt als _____

Mit einer Wochenstd.zahl von _____

Vater/ Pflege-, Stief-, Adoptivvater:

Schulabschluss

Berufsausbildung

zur Zeit berufstätig? _____

Beschäftigt als _____

Mit einer Wochenstd.zahl von _____

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

Haben Veränderungen in der Lebenssituation stattgefunden? Ja__ nein__

(Umzüge, Trennung, Tod, Schulwechsel, Kontaktabbruch oder -wiederaufnahme)

Ereignis	Monat/Jahr

Medizinische Vorgeschichte

Es gab in Bezug auf Schwangerschaft und meine Geburt folgende Schwierigkeiten:

Geburtsgewicht: _____g

Geburtsgröße: _____cm

Erkrankungen

Hattest du/Sie schon einmal einen Unfall, warst ernsthaft krank oder musstest schon einmal im Krankenhaus behandelt werden?

Welche Erkrankung? Unfall?	Wann? Monat, Jahr? Wie lange?	Wo wurde behandelt? Krankenhaus, Kur etc.

Sind bereits Kinderkrankheiten (z.B. Windpocken, Masern, Röteln, Scharlach, Keuchhusten, Mumps etc.) aufgetreten? Wenn ja, welche? _____

Wurde bei dir/Ihnen ein Sehtest durchgeführt? Ja__Nein__ Ergebnis_____



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych Julia Sladek

Wurde ein Hörtest durchgeführt? Ja__ Nein__ Ergebnis_____

Sind Allergien bekannt? Ja__ Nein__ welche_____

Befindest du/Sie sich in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Ja__ Nein__

Weswegen und wo? _____

Nimmst du/Sie zur Zeit Medikamente? Ja__ Nein__

Welche und in welcher Dosierung? _____

Bemerkst du/Sie in den vergangenen Wochen/Monaten

Schwindel Ja__ Nein__ Kopfschmerzen Ja__ Nein__

Erbrechen Ja__ Nein__ Gewichtsverlust/-zunahme Ja__ Nein__

Familiäre Dispositionen

Gibt es Krankheiten in der Familie/der Familie? Wer ist daran erkrankt?

Krampfanfälle Ja__ Nein__ Allergien/Asthma Ja__ Nein__

Diabetes Ja__ Nein__ Seelische Erkrän. Ja__ Nein__

Entwicklung in den ersten 3-4 Lebensjahren

Gab es Schwierigkeiten im ersten Lebensjahr wie z.B. Schreibaby, Trink- oder Schlafverhalten, häufiges Kränkeln o.ä.? Ja__ Nein__

Welche, wann und wie lange sind diese aufgetreten?

Wann konntest du/Sie frei laufen? Mit ____ Monaten

Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung/Handgeschicklichkeit? Ja__ Nein__

Welche? Wann? Sind sie aktuell noch vorhanden _____

Wann wurden die ersten sinnvollen Wörter gesprochen? Mit ____ Monaten

Gab es Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung? Ja__ Nein__

Welche? Wann? Sind sie aktuell noch vorhanden? _____

Wurdest du/Sie zweisprachig erzogen? Ja__ Nein__ Welche Sprachen _____

Wann warst du/Sie trocken? Tags mit ____ / nachts mit ____

Wann sauber? Tags mit ____ / nachts mit ____

Nässt du/Sie zur Zeit ein? Ja__ Nein__ Seit wann? _____

Schläfst du/Sie im eigenen Bett? Ja__ Nein__

Gab es andere Auffälligkeiten, nach denen bisher nicht gefragt wurde? Ja__ Nein__



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych Julia Sladek

Wenn ja, welche? _____

Temperament und Verhalten in den ersten 3-4 Lebensjahren

Motorisch immer in Bewegung, unruhig, impulsiv	<input type="radio"/>	Häufig kränkelnd	<input type="radio"/>
Verletzte sich häufig	<input type="radio"/>	Suchte viel Körperkontakt	<input type="radio"/>
Aggressiv bei der Kontaktaufnahme	<input type="radio"/>	Wehrte Nähe/ Körperkontakt ab	<input type="radio"/>
Verletzte andere Kinder	<input type="radio"/>	Daumenlutschen	<input type="radio"/>
Feinmotorisch ungeschickt mit Händen und Beinen	<input type="radio"/>	Nägelkauen	<input type="radio"/>
Grobmotorisch ungeschickt	<input type="radio"/>	Haare ausreißen	<input type="radio"/>
Einschlafstörungen / Durchschlafstörungen	<input type="radio"/>	Trotzanfälle	<input type="radio"/>
Angstträume	<input type="radio"/>	Essstörungen	<input type="radio"/>
Gehemmt, unsicher, ängstlich	<input type="radio"/>	Wenig spielfreudig, musste immer	<input type="radio"/>
Suchte viel die Nähe der Mutter	<input type="radio"/>	angeleitet werden	<input type="radio"/>
Ausgeprägt ängstlich fremden gegenüber	<input type="radio"/>	Passiv und redet wenig	<input type="radio"/>
Eifersüchtig	<input type="radio"/>	Zwanghaftes Verhalten	<input type="radio"/>

Vorschulische Entwicklung/ schulischer Werdegang

Wurde ein Kindergarten/Tagesmutter besucht? Ja__ Nein__

(von wann bis wann _____)

Regelkindergarten? Kindertagesstätte? Heil- sonderpädagogische Einrichtung?

Gab es Wechsel in eine andere Einrichtung? Ja __ Nein__ (warum _____)

Gab es Auffälligkeiten in Bezug auf Entwicklung / Verhalten / Lernfähigkeiten? Ja__ Nein__

Welche? _____

Wann wurde in eine Grundschule eingeschult? _____

Geschah dies: auf Antrag früher __ altersgerecht __ auf Antrag später __

Gab es in der Schule Auffälligkeiten in Entwicklung / Verhalten / Lernfähigkeit? Ja__ Nein__

Welche? _____

Gab es einen Schulwechsel? Ja__ Nein__

Wann, warum und zu welcher Schulform? _____

Wurde eine Klasse wiederholt? Ja__ Nein__ Welche? _____

Benötigst du/Sie Hilfe bei den Hausaufgaben? Ja__ Nein__

Welche und wer leistet sie? _____

Aktuelle Situation



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych Julia Sladek

Schulname: _____ Schulform: _____ Klasse: _____

KlassenlehrerIn&SchulsozialarbeiterIn: _____

In Ausbildung zur/m _____ bei _____

Studium _____

Beruf _____ bei _____

Freizeitgestaltung/Hobbys:

Frühere Hilfen und Therapien

Wurdest du/Sie psychologischen Testungen unterzogen? Welche, wann und mit welchem Ergebnis? (Kopien?)

Erhältst/Erhieltest du/Sie eine Therapie (z.B. Krankengymnastik oder Logopädie)?

Therapieform	Warum?	Wann?	Bei wem?

Weitere Hilfen (z.B. Beratungsgespräche beim Jugendamt/ Erziehungsberatungsstellen)

Welche Hilfe?	Warum?	Wann?	Bei wem?

Vielen Dank!