



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych. Julia Sladek

Elternfragebogen

Name des Kindes _____ geb.am _____ wohnt bei _____

Mutter des Kindes _____ geb.am _____

Vater des Kindes _____ geb.am _____

Adresse _____

Wie darf ich Sie zwischen den Sitzungen kontaktieren? _____

Hausarzt/Kinderarzt/Psychiater: _____

Krankenkasse: _____ Versichert über: _____

Wer hat das Sorgerecht? _____

Anmeldegrund: _____

Schildern Sie bitte in kurzen Zügen die Probleme ihres Kindes: _____

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.) Schildern sie kurz eine Problemsituation der letzten Zeit:

Was sind die jeweiligen Folgen für sie und/oder andere Personen? Welche Situationen werden deswegen gemieden?

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

Aktuelle Lebenssituation:

Unser Kind lebt seit _____ in einem gemeinsamen Haushalt mit _____ und _____

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



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych. Julia Sladek

Finden regelmäßige Umgangskontakte mit dem getrennt lebenden Elternteil statt? _____

Wenn ja, wie oft? Wenn nein, warum und seit wann nicht _____

Berufliche Situation der Eltern:

Mutter/ Pflege-, Stief-, Adoptivmutter:

Welchen Schulabschluss haben sie?

Welche Berufsausbildung haben sie?

Sind sie zur Zeit berufstätig? _____

Beschäftigt als _____

Mit einer Wochenstd.zahl von _____

Vater/ Pflege-, Stief-, Adoptivvater:

Welchen Schulabschluss haben sie?

Welche Berufsausbildung haben sie?

Sind sie zur Zeit berufstätig? _____

Beschäftigt als _____

Mit einer Wochenstd.zahl von _____

Wichtige Veränderungen in der Lebenssituation:

Haben Veränderungen in der Lebenssituation ihres Kindes stattgefunden? Ja__ nein__
(Umzüge, Trennung, Tod, Schulwechsel, Kontaktabbruch oder Wiederaufnahme)

Ereignis	Monat/Jahr

Medizinische Vorgeschichte

War die Schwangerschaft geplant? Ja__ Nein__

War die Schwangerschaft für sie weitestgehend beschwerdefrei? Ja__ Nein__

Es gab folgende Schwierigkeiten: _____

Die Geburt erfolgte zum errechneten Termin Ja__ Nein__ (_____ Tage zu früh / zu spät)

Verlief die Geburt unkompliziert? Ja__ Nein__ (Komplikationen _____)

Kind wurde per Kaiserschnitt () / Zange () / Saugglocke () entbunden.

Geburtsgewicht: _____g Geburtsgröße: _____cm

Waren Mutter und Kind nach der Geburt wohlauf? Ja__Nein__ (_____)

Erkrankungen des Kindes

Hatte Ihr Kind schon einmal einen Unfall, war Ihr Kind schon einmal ernsthaft krank oder musste es schon einmal im Krankenhaus behandelt werden?



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych. Julia Sladek

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

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

Wurde bei Ihrem Kind ein Sehtest durchgeführt? Ja__ Nein__ Ergebnis_____

Wurde bei Ihrem Kind ein Hörtest durchgeführt? Ja__ Nein__ Ergebnis_____

Sind Allergien bekannt? Ja__ Nein__ welche_____

Befindet sich Ihr Kind in regelmäßiger ärztlicher Behandlung? Ja__ Nein__

Weswegen und wo? _____

Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? Ja__ Nein__

Welche und in welcher Dosierung? _____

Klagt Ihr Kind in den vergangenen Wochen/Monaten über

Schwindel Ja__ Nein__ Kopfschmerzen Ja__ Nein__

Erbrechen Ja__ Nein__ Gewichtsverlust/-zunahme Ja__ Nein__

Familiäre Dispositionen

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

Krampfanfälle Ja__ Nein__ Allergien/Asthma Ja__ Nein__

Diabetes Ja__ Nein__ Seelische Erkrän. Ja__ Nein__

Entwicklung des Kindes 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 konnte ihr Kind frei laufen? Mit ____ Monaten

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

Welche? Wann? Sind sie aktuell noch vorhanden_____

Wann sagte es die ersten sinnvollen Wörter? Mit ____ Monaten

Gab es Auffälligkeiten in der sprachlichen Entwicklung? Ja__ Nein__



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych. Julia Sladek

Welche? Wann? Sind sie aktuell noch vorhanden? _____

Wurde ihr Kind zweisprachig erzogen? Ja__ Nein__ Welche Sprachen _____

Wann wurde ihr Kind trocken? Tags mit ____ / nachts mit ____

Wann wurde ihr Kind sauber? Tags mit ____ / nachts mit ____

Nässt ihr Kind zur Zeit ein? Ja__ Nein__ Seit wann? _____

Kotet ihr Kind zur Zeit ein? Ja__ Nein__ Seit wann? _____

Schläft ihr Kind im eigenen Bett? Ja__ Nein__

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

Wenn ja, welche? _____

Temperament und Verhalten des Kindes 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"/>
Angsträume	<input type="radio"/>	Essstörungen	<input type="radio"/>
Gehemmt, unsicher, ängstlich	<input type="radio"/>	Wenig spielfreudig, musste immer	
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

Besuchte ihr Kind einen Kindergarten? Ja__ (von wann bis wann _____ - _____) Nein__

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 ihr Kind in die Grundschule eingeschult? _____

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



Praxis für Psychotherapie

Dipl.-Psych. Julia Sladek

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? _____

Hat ihr Kind eine Klasse wiederholt? Ja__ Nein__ Welche? _____

Benötigt ihr Kind Hilfe bei den Hausaufgaben? Ja__ Nein__

Welche und wer leistet sie? _____

Schulname: _____ Schulform: _____ Klasse: _____

Anschrift: _____ Tel: _____

KlassenlehrerIn&SchulsozialarbeiterIn: _____

Weitere Anmerkungen zur Schulsituation? _____

Aktuelle Situation des Kindes

Womit beschäftigt sich ihr Kind gerne / am liebsten? Hat es Hobbys?

Welche gemeinsamen Freizeitaktivitäten gibt es in ihrer Familie?

Frühere Hilfen und Therapien

Wurde ihr Kind psychologischen Testungen unterzogen? Welche, wann und mit welchem Ergebnis? (Kopien?)

Erhielt oder erhält ihr Kind eine Therapie (z.B. Krankengymnastik oder Logopädie) oder weitere Hilfen (z.B. Beratungsgespräche beim Jugendamt/ Erziehungsberatungsstellen)?

Welche Hilfe?	Warum?	Wann?	Bei wem?

Ort, Datum

Ihre Unterschrift