



## 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 kürzen Züge 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 wohllauf? 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 Erkrank. Ja\_\_ Nein\_\_

### Entwicklung des Kindes in den ersten 3-4 Lebensjahren

Gab es Schwierigkeiten im ersten Lebensjahr wie z.B. Schreibbaby, 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"/>
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**

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