

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

damit wir uns ein umfassendes Bild von Ihrem Kind machen und Sie gut beraten können, benötigen wir möglichst umfassende Informationen über die seelische und körperliche Entwicklung sowie über die familiäre und soziale Umgebung.

Wir bitten Sie deshalb, die folgenden Fragen so vollständig wie möglich zu beantworten. Bei vielen Fragen sind mehrere Antworten möglich. Fragen, die Sie nicht beantworten können, versuchen wir mit Ihnen im Gespräch zu klären.

Naı	me des Kindes:		Geschlec	ht:	☐ weiblich
Gel	ourtsdatum:				☐ männlich
Adresse:					
Tel	efon:		Zwilling/N	Mehrling:	□ ja
Hai	ndy-Nr. (Vater):				□ nein
Hai	ndy-Nr. (Mutter):				
Vor	n wem wird der Fragebogen ausgefüllt:			Datum:	
Vorstellungsanlass					
1.	Pflegegrad:	□ Ja,	☐ Nein		Beantragt
2.	Grad der Behinderung:	□ Ja,	_ 🗆 Nein		Beantragt
3.	Schwerbehindertenausweis:	□ Ja,	☐ Nein		Beantragt
4.	Warum stellen Sie Ihr Kind bei uns vor? (Stichworte reichen aus)				
Seit wann besteht das Problem / Verhalten?					
5.	Wer hat die Vorstellung in unserer Klinik empfohlen?				
6.	Haben Sie sich wegen des beschriebe- nen Problems/Verhaltens schon an an- dere Stellen gewandt (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Ju-	☐ ja ☐ nein Wenn Ja, welche und wann?			



	1	
gendamt, Sozialpädiatrisches Zentrum, Erziehungsberatungsstelle etc.)?	Welche Maßnah-	
	men wurden von	
Falls vorhanden, bitte Arztbriefe und	diesen Stellen	
Vorbefunde mitbringen!	getroffen bzw.	
G	empfohlen (z.B.	
	Therapie, Famili-	
	enhilfe etc.)?	
	·	

Entwicklung des Kindes			
1.	Gab es Besonderheiten/Schwierigkeiten in der Schwangerschaft, während der Geburt oder kurz danach?	☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben:	
2.	Gab es im 1. Lebensjahr Probleme beim Schlafen, mit dem Essen oder mit häufigem Schreien?	☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben:	
3.	In welchem Alter konnte Ihr Kind	 Frei laufen: erste Worte (außer "Mama, Papa"): 2- oder 3-Wort-Sätze 	
4.	Wann war Ihr Kind	 trocken (Urin): tagsüber nachts sauber (Stuhlgang): Ab welchem Alter hat es wieder eingenässt: Ab welchem Alter hat es wieder eingekotet 	
5.	Liegt bei Ihrem Kind eine Schädigung der Sinnesorgane vor? Wenn ja, bitte beschreiben.	☐ Hören: ☐ Sehen:	
Fal	Leidet Ihr Kind an einer körperlichen Erkrankung (z.B. Asthma, Allergien, Epi- lepsie etc.) Is vorhanden, bitte Arztbriefe und rbefunde mitbringen!	□ nein □ ja, bitte beschreiben:	



7. Wann fand die letzte körperliche Un- tersuchung statt (Name des Kinderarz- tes/Hausarztes)?	
8. Wann fand die letzte Blutuntersuchung statt?	
9. Welche Therapiemaßnahmen wurden bislang schon vor-genommen?	Wann? (von – bis) Krankengymnastik/ Physiotherapie:
	Frühförderung:
	Ergotherapie:
	Sprachtherapie/Logopädie: Psycholog. Beratung/ Therapie: Medikamente (Name, Zeitraum):
	andere (welche / Zeitraum):
10. Wie schätzen Sie die Intelligenz Ihres Kindes ein?	□ sehr hoch□ durchschnittlich□ niedrig
11. Krippe / Tagesmutter / Kindergarten Krippe / Tagesmutter / Kindergarten (Fort- setzung)	Seit wann besucht / In welchem Zeitraum besuchte Ihr Kind eine der genannten Einrichtungen?
	Gab es dort Probleme/ Auffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja, bitte beschreiben:
	Wurde Ihr Kind inklusiv betreut (Inklusionsmodell)? □ nein □ ja, Zeitraum:
12. Schule Falls Ihr Kind noch nicht die Schule besucht, bitte bei Frage 13. weitermachen.	In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult bzw. wann ist dies geplant?
	Welche Schulart besucht Ihr Kind zurzeit?
	Name der Schule:
	Ort:



In welcher Klassenstufe ist Ihr Kind aktuell?
Name des Klassenlehrers/der Klassenlehrerin:
Ist die Schullaufbahn Ihres Kindes bislang normal verlaufen? ja
Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben? keine Schwierigkeiten muss meistens mehrfach aufgefordert werden trödelt, unkonzentriert arbeitet nachlässig braucht ständige Hilfe verschweigt Hausaufgaben weigert sich, Hausaufgaben zu machen andere:
Dauer der Hausaufgaben:



Was loben die Lehrer an Ihrem Kind?
Was kritisieren die Lehrer an den Leistungen und/oder dem Verhalten des Kindes?
Welchen Schulabschluss soll Ihr Kind machen? Förderschule Hauptschulabschluss anderen: noch offen

Freizeit/Freunde			
13. Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kin- dern/Jugendlichen ein?	 □ hat gute Freunde □ hat keine Freunde □ Kontakt überwiegend mit Älteren □ Kontakt überwiegend mit Jüngeren □ hat Schwierigkeiten, weil 		
	□ ist in einem Verein/Jugendgruppe Welche/r?		
14. Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?	☐ mit Freunden☐ ist viel mit Erwachsenen zusammen☐ beschäftigt sich mit:		
	□ langweilt sich □ Fernsehen, wie viele Stunden täglich? □ Konsolen-Spiele, wie viele Stunden täglich? □ andere Medien (PC, Handy usw.), welche und wie viele Stunden täglich? □ Hobby:		



(leibliche) Eltern		
15. Mutter	Name Geburtsdatum: Schulabschluss: Berufsausbildung: derzeitige Tätigkeit: Stundenumfang: Bestehen bei der Mutter eine körperliche Erkrankung oder psychische Probleme? nein ja, bitte beschreiben:	
16. Vater	Name Geburtsdatum: Schulabschluss: Berufsausbildung: derzeitige Tätigkeit: Stundenumfang: Bestehen beim Vater eine körperliche Erkrankung oder psychische Probleme? nein ja, bitte beschreiben:	
17. Eltern	 □ die Eltern des Kindes leben zusammen seit: □ die Eltern des Kindes leben getrennt seit: □ gemeinsames Sorgerecht □ Sorgerecht hat: □ das vorgestellte Kind ist adoptiert/ ein Pflegekind 	



Aktuelle Familiensituation		
18. Mit wem lebt Ihr Kind aktuell zusam- men? (z.B. Mutter, Vater, Lebenspart- nerIn, Halb-Geschwister usw.)		
19. Geschwister des Kindes (auch Halb- und Stiefgeschwister)	Name, Alter, Kindergarten/Schule: 1.	
	Besonderheiten/ Erkrankungen?:	
	2.	
	Besonderheiten/Erkrankungen?:	
	3.	
	Besonderheiten/ Erkrankungen?	
	Weitere:	
	Besonderheiten/ Erkrankungen?	
	•	
	Stärken des Kindes	
Beschreiben Sie bitte die besten Seiten/ Merkmale Ihres Kindes (Bitte in Stichworten)		