

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.

Name des Kindes: _____ Geschlecht: weiblich
 männlich

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____ Zwilling/Mehrling: ja
 nein

Handy-Nr. (Vater): _____

Handy-Nr. (Mutter): _____

Von wem wird der Fragebogen ausgefüllt: _____ Datum: _____

Vorstellungsanlass	
1. Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt
2. Grad der Behinderung:	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Beantragt
3. Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja, _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 beschriebenen Problems/Verhaltens schon an andere Stellen gewandt (z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie, Ju-	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn Ja, welche _____ und wann?

gendamt, Sozialpädiatrisches Zentrum, Erziehungsberatungsstelle etc.)? Falls vorhanden, bitte Arztbriefe und Vorbefunde mitbringen!	Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen (z.B. Therapie, Familienhilfe etc.)? _____ _____ _____ _____
---	--

Entwicklung des Kindes	
1. Gab es Besonderheiten/Schwierigkeiten in der Schwangerschaft, während der Geburt oder kurz danach?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben: _____
2. Gab es im 1. Lebensjahr Probleme beim Schlafen, mit dem Essen oder mit häufigem Schreien?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben: _____
3. In welchem Alter konnte Ihr Kind	<ul style="list-style-type: none"> • Frei laufen: _____ • erste Worte (außer „Mama, Papa“): _____ • 2- oder 3-Wort-Sätze _____
4. Wann war Ihr Kind	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<input type="checkbox"/> Hören: _____ <input type="checkbox"/> Sehen: _____
6. Leidet Ihr Kind an einer körperlichen Erkrankung (z.B. Asthma, Allergien, Epilepsie etc.) Falls vorhanden, bitte Arztbriefe und Vorbefunde mitbringen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben: _____

7. Wann fand die letzte körperliche Untersuchung statt (Name des Kinderarztes/Hausarztes)?	
8. Wann fand die letzte Blutuntersuchung statt?	
9. Welche Therapiemaßnahmen wurden bislang schon vor-genommen?	<p style="text-align: right;">Wann? (von – bis)</p> <p>Krankengymnastik/ Physiotherapie: _____</p> <p>Frühförderung: _____</p> <p>Ergotherapie: _____</p> <p>Sprachtherapie/Logopädie: _____</p> <p>Psycholog. Beratung/ Therapie: _____</p> <p>Medikamente (Name, Zeitraum): _____</p> <p>andere (welche / Zeitraum): _____</p>
10. Wie schätzen Sie die Intelligenz Ihres Kindes ein?	<input type="checkbox"/> sehr hoch <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> niedrig
11. Krippe / Tagesmutter / Kindergarten Krippe / Tagesmutter / Kindergarten (Fortsetzung)	Seit wann besucht / In welchem Zeitraum besuchte Ihr Kind eine der genannten Einrichtungen?
	Gab es dort Probleme/ Auffälligkeiten? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben:
	Wurde Ihr Kind inklusiv betreut (Inklusionsmodell)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> es war in der Vorschule <input type="checkbox"/> es ist später eingeschult worden <input type="checkbox"/> es ist früher eingeschult worden <input type="checkbox"/> es hat eine Klasse wiederholt, welche? _____
	<input type="checkbox"/> es hat eine Klasse übersprungen, welche? _____ <input type="checkbox"/> Schulwechsel im Jahre _____ <input type="checkbox"/> zeitweise keine Schule besucht
	Von _____ bis _____ wegen
	Geht Ihr Kind gerne zur Schule? Gibt es Probleme?
<input type="checkbox"/> geht regelmäßig <input type="checkbox"/> erscheint unterfordert <input type="checkbox"/> erscheint überfordert <input type="checkbox"/> hat keine Lust <input type="checkbox"/> verspätet sich oft <input type="checkbox"/> schwänzt die Schule <input type="checkbox"/> fehlt oft wegen	
<input type="checkbox"/> hat Angst vor der Schule <input type="checkbox"/> stört häufig im Unterricht <input type="checkbox"/> hat Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> die Versetzung ist gefährdet <input type="checkbox"/> es ist ein Schulwechsel geplant <input type="checkbox"/> andere	
Gibt es Probleme bei den Hausaufgaben?	
<input type="checkbox"/> keine Schwierigkeiten <input type="checkbox"/> muss meistens mehrfach aufgefordert werden <input type="checkbox"/> trödelt, unkonzentriert <input type="checkbox"/> arbeitet nachlässig <input type="checkbox"/> braucht ständige Hilfe <input type="checkbox"/> verschweigt Hausaufgaben <input type="checkbox"/> weigert sich, Hausaufgaben zu machen <input type="checkbox"/> 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?
	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> anderen: <input type="checkbox"/> noch offen

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

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

Aktuelle Familiensituation	
18. Mit wem lebt Ihr Kind aktuell zusammen? (z.B. Mutter, Vater, LebenspartnerIn, Halb-Geschwister usw.)	
19. Geschwister des Kindes (auch Halb- und Stiefgeschwister)	<input type="checkbox"/> keine Name, Alter, Kindergarten/Schule:
	1. _____ Besonderheiten/ Erkrankungen?:
	2. _____ Besonderheiten/ Erkrankungen?:
	3. _____ Besonderheiten/ Erkrankungen?
	Weitere: _____ Besonderheiten/ Erkrankungen?

Stärken des Kindes	
1. Beschreiben Sie bitte die besten Seiten/ Merkmale Ihres Kindes (Bitte in Stichworten)	