

## Elternfragebogen

### **Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen**

Name		Adresse	
Vorname		Schule	
Geburtsdatum	Religion	Klasse	
Krankenversicherung		Klassenlehrer-/in	

### **Überweisender Arzt**

### **Haus- oder Kinder- u. Jugendarzt**

Name		Name	
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefon		Telefon	

### **Ist eine Behörde (z.B. Jugendamt) eingeschaltet?**

### **Sachbearbeiter**

Bezeichnung	Name
Adresse	Telefon

Tagesgruppe / Heimadresse	Bezugsperson Heim / Tagesgruppe
Name	Name
Adresse	Telefon

### **Mutter**

### **Vater**

Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum	Religion	Geburtsdatum	Religion
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Telefon / Handy		Telefon / Handy	
Email		Email	
Schulabschluss / Beruf		Schulabschluss / Beruf	
Leibliches Kind	<input type="checkbox"/>	Leibliches Kind	<input type="checkbox"/>
Adoptivkind	<input type="checkbox"/>	Adoptivkind	<input type="checkbox"/>
Pflegekind	<input type="checkbox"/>	Pflegekind	<input type="checkbox"/>

**Geschwister (und Halbgeschwister) des Patienten / der Patientin:**

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

**Grund der Anmeldung**

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter sind Anlass für Sie, sich an uns zu wenden:

?

?

Behandlungsziel:

?

**Welche weiteren Probleme und Auffälligkeiten bei Ihrem Sohn / Ihrer Tochter machen Ihnen Sorgen**

<input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/> Tics	<input type="checkbox"/> Einnässen
<input type="checkbox"/> Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/> Einkoten
<input type="checkbox"/> Kontaktprobleme	<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Selbstverletzung
<input type="checkbox"/> Geht nicht unter Leute	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Selbstmordversuch
<input type="checkbox"/> Essprobleme	<input type="checkbox"/> Lern- und Arbeitsstörung	<input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen
<input type="checkbox"/> Häufige Schmerzzustände	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörung	<input type="checkbox"/> Aufbrausen, Wutanfälle
<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Stehlen	<input type="checkbox"/> Konflikte mit dem Gesetz
<input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Weglaufen, Streunen	<input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Lügen	<input type="checkbox"/> Unruhe, Ungeduld
<input type="checkbox"/> Häufige sonstige körperliche Beschwerden	<input type="checkbox"/> Missbrauch von Alkohol, Tabletten, Drogen	<input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten gegenüber anderen

**Bisher aufgesuchte Ärzte, Beratungsdienste und bisherige Untersuchungen / Behandlungen**

Vorbehandlungen durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeuten, ein Sozialpädiatrisches Zentrum oder einer Ambulanz

Ja    Nein   Wenn ja, wann, wo und wie lange:

Ergotherapeutische, logopädische, krankengymnastische oder andere therapeutische Behandlung

Ja    Nein   Wenn ja, wann, wo und weshalb:

**Medikamente in Vorgeschichte wegen der oben genannten Schwierigkeiten:**

Medikamente	Dosierung	Eingenommen von.... bis....

**Medikamente, die zur Zeit eingenommen werden:**

Medikamentenname	Dosierung

**Schwangerschaft**

Besonderheiten bitte ankreuzen und Schwangerschaftsmonat angeben (Hinweis : Informationen im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Beschwerde	Monat
<input type="checkbox"/> Blutung	
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung	
<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	
<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	
<input type="checkbox"/> Ödeme (Wassereinlagerungen)	
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	
<input type="checkbox"/> Alkohol	
<input type="checkbox"/> Rauchen	
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	
<input type="checkbox"/> Seelische Belastung	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

**Geburt und Säuglingsalter**

Wievielte Schwangerschaft? .....		Frühere Fehlgeburten?.....	
Geburt nach wievielter Schwangerschaftswoche? (Normal: 40 SSW): .....			
Name der Entbindungsklinik: .....			
War einer der folgenden Eingriffe notwendig?			
<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Geburtszange	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	
Gab es Komplikationen? z.B.			
<input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung		<input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser	
Sonstiges:			
Gewicht		Größe	
Kopfumfang		APGAR-Werte	
Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei ihrem Sohn / Ihrer Tochter?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja welche?			

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, warum? In welche Klinik?		
Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter in den ersten Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen? <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Sonstiges		
Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter gestillt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wie lange?		

Schwierigkeiten im Säuglingsalter?	
<input type="checkbox"/> Schlafprobleme	<input type="checkbox"/> Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“)
<input type="checkbox"/> Körperkontakt abweisend	<input type="checkbox"/> Schwierig zu beruhigen
Andere Probleme	

**Entwicklung im Kleinkindalter**

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter an Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

	Alter des Kindes		Alter des Kindes
Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	
Trocken tags		Fahrrad fahren	
Trocken nachts			

<b>Motorischer Gesamteindruck</b> <input type="checkbox"/> Eher geschickt <input type="checkbox"/> Eher ungeschickt	
<b>Händigkeit</b> <input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder <input type="checkbox"/> Beidhändig	
<b>Sprachentwicklung</b> Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Verzögerter Spracherwerb, Wortschatz, Aussprache, Stottern etc?)	

**Medizinische Vorgeschichte**

Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter eine der folgenden Erkrankungen? <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Jahr / Monat</div>	
<input type="checkbox"/> Schädelverletzung <input type="checkbox"/> Gelbsucht <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung	
Gab es Komplikationen bei Kinderkrankheiten oder gab es anderer schwere Erkrankungen in der Kindheit?	

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle		
Warum	Wann	Name d. Klinik

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufhalten:

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Sehstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Hörstörungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Allergie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche		
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Krampfanfälle?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter chronische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Kindergartenalter

War Ihr Kind im:	Von bis (Alter)	Wo
Kindergrippe		
Regelkindergarten		
Sonderkindergarten		
Kinderhort		

Ging Ihr Sohn / Ihre Tochter

ungern in den Kindergarten  gern in den Kindergarten

Welche der folgenden Verhaltensauffälligkeiten machten Ihnen während der Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen?

<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit	<input type="checkbox"/> Trotz, Ungehorsam
<input type="checkbox"/> Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/> Wutausbrüche
<input type="checkbox"/> Gehemmtheit, Schüchternheit	<input type="checkbox"/> Zappeligkeit	<input type="checkbox"/> Kontaktstörungen
<input type="checkbox"/> Einordnungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Unkonzentriertheit	<input type="checkbox"/> Sexuell auffälliges Verhalten
<input type="checkbox"/> auffälliges Spielverhalten	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Tics
<input type="checkbox"/> Essensschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	

Ergaben sich sonstige Schwierigkeiten im Kindergarten?

### Schulzeit

Wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter von der Schule zurückgestellt?  Ja  Nein  
Wenn ja, aus welchem Grund

Welche Schulen besuchte Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher?

Schule	von	bis

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Klasse wiederholt?  Ja, die ..... Klasse  Nein

Welche Stärken hat Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Schule?

Welche Schwierigkeiten oder Schwächen zeigten sich in der Schule?

Mussten Sie sich um die schulischen Angelegenheiten Ihres Sohnes / Ihrer Tochter kümmern (z.B. Hausaufgabenkontrolle)

Häufig  Selten  Nie

Haben Sie Kontakt mit der Schule

Häufig  Selten  Nie

Welche schulischen Schwierigkeiten wurden von den Lehrern berichtet?

Macht Ihr Sohn / Ihre Tochter die Hausaufgaben regelmäßig?

Ja  widerwillig  Nein

Wie arbeitet Ihr Sohn / Ihre Tochter bei den Hausaufgaben?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zerstreut     | <input type="checkbox"/> Mit häufigen Pausen     | <input type="checkbox"/> Gibt leicht auf            |
| <input type="checkbox"/> Verspielt     | <input type="checkbox"/> Ausdauernd              | <input type="checkbox"/> Lustlos                    |
| <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> unordentlich            | <input type="checkbox"/> Muss sich häufig bewegen   |
| <input type="checkbox"/> Verträumt     | <input type="checkbox"/> Abgelenkt               | <input type="checkbox"/> Selbstständig              |
| <input type="checkbox"/> Konzentriert  | <input type="checkbox"/> Gewissenhaft            | <input type="checkbox"/> Langsam                    |
| <input type="checkbox"/> Oberflächlich | <input type="checkbox"/> Braucht Druck von außen | <input type="checkbox"/> unregelmäßige Hausaufgaben |

Wie verhält sich Ihr Sohn / Ihre Tochter vor Klassenarbeiten?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> zuversichtlich  | <input type="checkbox"/> Hat keinen Appetit  | <input type="checkbox"/> Ist sehr aufgeregt          |
| <input type="checkbox"/> Ruhig, gelassen | <input type="checkbox"/> Erbrechen, Übelkeit | <input type="checkbox"/> Verschweigt Klassenarbeiten |
| <input type="checkbox"/> Hat Angst       | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen     | <input type="checkbox"/> Geht nicht in die Schule    |

Wenn Ihre Tochter / Ihr Sohn sich in einer beruflichen Ausbildung befindet:

Welche Berufsausbildung(en) hat Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher begonnen oder abgeschlossen?

Wie kam Ihr Sohn / Ihre Tochter an der Arbeitsstelle zurecht?

### **Interessen und Fertigkeiten**

Was finden Sie an Ihrem Sohn / Ihrer Tochter besonders gut? Womit sind Sie besonders zufrieden?

Was macht Ihr Sohn / Ihre Tochter in der Freizeit (Hobby, sportliche Aktivitäten etc.)

Medienkonsum pro Tag (TV, Konsole)

Besondere Abneigungen? (Spiele, Tätigkeiten)

Kann Ihr Sohn / Ihre Tochter die Freizeit sinnvoll gestalten

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Er / Sie verbringt die Freizeit

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lieber alleine         | <input type="checkbox"/> Lieber mit Gleichaltrigen |
| <input type="checkbox"/> Lieber mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> Lieber mit Jüngeren       |

Er / Sie hat

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Viele Freunde / Freundinnen | <input type="checkbox"/> Wenige Freunde / Freundinnen         |
| <input type="checkbox"/> Keine Freunde / Freundinnen | <input type="checkbox"/> Wenige aber sehr enge Freundschaften |

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Welche?





Gibt es noch weitere wichtige Dinge, die wir über Ihren Sohn / Ihre Tochter wissen sollten?

Ausgefüllt von

Datum

***Wir danken Ihnen für das Ausfüllen des Fragebogens!***

***Ihr Praxisteam***