

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"/>	Adoptivkind <input type="checkbox"/>	Leibliches Kind <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			

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

Medizinische Vorgeschichte

Hatte Ihr Sohn / Ihre Tochter eine der folgenden Erkrankungen?	
	Jahr / Monat
<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 Klinikaufenthalten:		

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Sehstörungen? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter Hörstörungen? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter eine Allergie? Wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
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
Kinder Grippe		
Regelkindergarten		
Sonderkindergarten		
Kinderhort		

Ging Ihr Sohn / Ihre Tochter		
<input type="checkbox"/> ungerne in den Kindergarten	<input type="checkbox"/> gerne 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

Viele Freunde / Freundinnen Wenige Freunde / Freundinnen
 Keine Freunde / Freundinnen Wenige aber sehr enge Freundschaften

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

Familiensituation

Trennung von den Eltern:
 War Ihr Kind von den Eltern z.B: wegen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt über längere Zeit getrennt?
 Ja. Nein

Wenn ja, aus welchem Grund und wie lange?

Was trifft für Ihre Familie zu?

Eltern leben seit der Geburt des Kindes zusammen Eltern leben getrennt seit
 Eltern sind geschieden seit Neue Partnerschaft des Vaters seit
 Mutter / Vater alleinerziehend seit Neue Partnerschaft der Mutter seit

Von wem wurde Ihr Sohn / Ihre Tochter bisher vorwiegend erzogen?

Von beiden Elternteilen Von der Mutter
 Von den Großeltern Vom Vater
 Sonstige: von wem?

Das Sorgerecht für Ihren Sohn / Ihre Tochter wird ausgeübt von?

Vater Beide Elternteile
 Mutter Sonstige, von wem?

Gibt es schwerwiegende körperliche oder seelische Krankheiten oder Störungen bei Vater, Mutter, Geschwistern oder Großeltern z.B. chronische Krankheiten, Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Selbstmordversuche)?
 Ja. Nein

Wenn ja, welche, bei wem?

Wohnsituation

Wohnen Sie seit der Geburt Ihres Kindes in der gleichen Wohnung?
 Ja. Nein

Wenn nein, wo haben Sie sonst noch gewohnt?

Ort	Von	Bis

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?

Ja

Nein

Wenn ja, mit wem?

Gibt es besondere Spannungen oder Probleme zwischen den Geschwistern

Ja

Nein

Wenn ja, 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

FRAGEBOGEN FÜR LEHRER

Name des Kindes	Datum	Ausgefüllt von	
Wie lange kennen Sie diese/n SchülerIn schon?	Seit:		
Wie gut kennen Sie diese/n SchülerIn?	<input type="radio"/> Nicht gut	<input type="radio"/> ziemlich gut	<input type="radio"/> sehr gut
Wie viele Unterrichtsstunden hat diese/r SchülerIn bei Ihnen in der Woche?	_____ Stunden		

Bitte alle Antworten ankreuzen

0 = nicht zutreffend	1 = etwas oder manchmal zutreffend	2 = genau oder häufig zutreffend
-----------------------------	---	---

1. ARBEITSVERHALTEN

altersgerechtes Lerntempo	0	1	2
befolgt Arbeitsanweisungen	0	1	2
Kritikfähigkeit	0	1	2
hält Regeln ein	0	1	2
tagträumt	0	1	2
ablenkbar	0	1	2
Lernschwierigkeiten: Welche Fächer?:	0	1	2

gute Aufmerksamkeitsspanne	0	1	2
wirkt unkonzentriert	0	1	2
abwesend	0	1	2
stört andere	0	1	2
unvollendete Aufgaben	0	1	2
körperliche Schwierigkeiten:	0	1	2
Beschreibung (z. B. Bauchweh, Kopfweh:)			

2. SOZIALVERHALTEN

Gegenüber Lehrern

kooperativ	0	1	2
freundlich	0	1	2
lenkbar	0	1	2
hilfsbereit	0	1	2
respektlos	0	1	2
frech/unverschämt	0	1	2
Sonstiges:			

Gegenüber Mitschülern

kooperativ	0	1	2
beliebt	0	1	2
hilfsbereit	0	1	2
streitet fair	0	1	2
Wird nicht akzeptiert	0	1	2
Wird gemobbt	0	1	2
Sonstiges:			

3. EMOTIONALES VERHALTEN

gezeigte Emotionen

fröhlich /ausgeglichen	0	1	2
ängstlich	0	1	2
schüchtern	0	1	2
traurig	0	1	2
wütend	0	1	2
aggressiv	0	1	2
überfordert	0	1	2
Sonstiges:			
<hr/>			

4. Worüber machen Sie sich bei diesem/r SchülerIn die größten Sorgen?

5. Was benötigt der /die SchülerIn Ihrer Meinung nach am dringendsten? :

(z. B. – Nachhilfe in welchen Fächern – lerntherapeutische Maßnahmen – therapeutische Begleitung – soziales Kompetenztraining)

6. Gegenwärtige Schulleistungen. Bitte schätzen Sie den aktuellen Leistungsstand des / der Schülers / Schülerin in den einzelnen Schulfächern ein.

Schulfächer	Stark unter-durchschnittlich	etwas unter-durchschnittlich	durchschnittlich	etwas über-durchschnittlich	Stark über-durchschnittlich
☒ hier die Schulfächer eintragen ☒					
1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Im Vergleich zu anderen SchülerInnen des gleichen Alters

	Sehr viel weniger	deutlich weniger	etwas weniger	etwa gleich viel	etwas mehr	deutlich mehr	sehr viel mehr
1. Wie viel arbeitet er / sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Wie angemessen verhält er / sie sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Wie viel lernt er / sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Wie glücklich oder zufrieden ist er / sie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!