

Anamnestischer Elternfragebogen

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Geboren am: _____ in: _____

Wegen welcher Probleme/Symptome wird das Kind vorgestellt?

Wie lange bzw. seit wann bestehen diese schon?

Sehen sie **auslösende Ereignisse** für die Entstehung der Problematik?

Was ist Ihre **subjektive** Erklärung für die Entstehung der Problematik?

Welche Vorstellungen/Erklärungen hat Ihr Kind? (ggf. Beiblatt benutzen!)

Wurde das Kind wegen der augenblicklichen Probleme bzw. der Erkrankung schon einmal vorgestellt?

Nein Ja, bei:

<input type="checkbox"/> Psychotherapeut	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendpsychiater	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> Kinder oder Hausarzt	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> SPZ	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Jahr: _____
<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	Jahr: _____

Liegen **Befundberichte** vor? Ja Nein

Wird Ihr Kind aktuell **medikamentös** behandelt?

Nein Ja, mit folgendem Medikament: _____

Fanden bereits **ambulante oder stationäre Therapien** oder Maßnahmen statt?

Nein Ja, folgende:

tiefenpsychologisch fundierte / psychoanalytische Psychotherapie

Verhaltenstherapie

stationärer Aufenthalt in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von/bis: _____

Ergotherapie/Heilpädagogik

Krankengymnastik

Logopädie

Kunst- oder Musiktherapie

Teilleistungstraining (zB Lese-Rechtschreibtraining, Rechentraining)

Familientherapie

Gruppentherapie

andere: _____

Werden **Hilfen zur Erziehung** (SGB VIII) in Anspruch genommen?

Nein Ja, folgende:

Tagespflege (§23) seit: _____

Erziehungsberatung (§28) seit: _____

soziale Gruppenarbeit (§29) seit: _____

Erziehungsbeistand, Betreuungshelfer (§30) seit: _____

Sozialpädagogische Familienhilfe (§31) seit: _____

Tagesgruppe (§32) seit: _____

Vollzeitpflege (§33) seit: _____

Heimerziehung, betreute Wohnformen (§34) seit: _____

intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung (§35) seit: _____

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe (§35a) | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hilfe für junge Volljährige (§41) | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inobhutnahme (§42) | seit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Herausnahme (§43) | seit: _____ |

Findet aktuell eine **außerhäusliche Unterbringung** Ihres Kindes statt?

- Nein Ja, folgende:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tagesgruppe, Fünftagesgruppe etc | <input type="checkbox"/> Heim, Wohngruppe |
| <input type="checkbox"/> Internat | <input type="checkbox"/> Pflegestelle |

1. Familienanamnese

(Adoptiv- oder Pflegeeltern geben hier bitte ihre eigenen Daten an und ergänzen die Daten der leiblichen Eltern unter Punkt 1.6)

Muss Ihr Kind aufgrund der Arbeitszeiten seiner Eltern **betreut** werden? Von wem?

- Ja, von: _____ Nein

1.1 Vater des Kindes:

Name: _____ geb. am: _____

Schulabschluss:

- Kein Schulabschluss Hauptschulabschluss Realschulabschluss
 Fachhochschulreife Abitur (Fach-)hochschul- oder Universitätsabschluss

Berufsausbildung: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Arbeitszeiten: _____

1.2 Eltern des Vaters:

Vater: Alter: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Falls verstorben, wann: _____

Mutter: Alter: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Falls verstorben, wann: _____

1.3 Mutter des Kindes:

Name: _____ geb. am: _____

Schulabschluss:

- Kein Schulabschluss Hauptschulabschluss Realschulabschluss

Fachhochschulreife Abitur (Fach-)hochschul- oder Universitätsabschluss

Berufsausbildung: _____

Aktuelle Tätigkeit: _____

Arbeitszeiten: _____

1.4 Eltern der Mutter

Vater: Alter: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Falls verstorben, wann: _____

Mutter: Alter: _____ Beruf: _____

Wohnort: _____

Falls verstorben, wann: _____

1.5 Wie ist der Kontakt zur Familie des Vaters, zur Familie der Mutter?

1.6 Angaben zu Stiefvater oder Stiefmutter, oder auch zu leiblichen Eltern, wenn oben Pflege- oder Adoptiveltern angegeben wurden. Bitte Name, Geburtsdatum, Wohnort, Berufstätigkeit etc. angeben. Wie ist der Kontakt zu diesen Personen? *Wenn Ihr Adoptivkind z.B. von den leiblichen Eltern nichts weiß, bitte ebenfalls vermerken.*

1.7 Familienstand der Kindseltern bzw der Pflege-/Adoptiveltern

- leben zusammen Ja Nein
- verheiratet Ja seit: _____
- getrennt Ja seit: _____
- geschieden Ja seit: _____
- verwitwet Ja seit: _____
- wiederverheiratet Ja, Mutter seit: _____
- wiederverheiratet Ja, Vater seit: _____

1.7.1 Sorgerecht liegt bei

- Mutter und Vater alleiniges Sorgerecht Mutter
- alleiniges Sorgerecht Vater Jugendamt andere: _____

1.7.2 Aufenthaltsbestimmungsrecht liegt bei

- Mutter und Vater alleiniges Sorgerecht Mutter
- alleiniges Sorgerecht Vater Jugendamt andere: _____

1.7.3 Gesundheitsfürsorge liegt bei

- Mutter und Vater alleiniges Sorgerecht Mutter
- alleiniges Sorgerecht Vater Jugendamt andere: _____

1.8 Geschwister des Kindes

Bei Stief- oder Halbgeschwistern setzen Sie bitte ein „S“ bzw. „H“ vorweg.

Vorname	Geb.-Datum	Schulart	Ausbildung	lebt bei

1.8.1 Traten bei den Geschwistern des Kindes schwere Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen auf? Wenn ja, welche?
(Bitte Namen des Kindes angeben).

1.9 Wurden Bezugspersonen des Kindes oder sonstige Familienmitglieder in der Vergangenheit oder aktuell psychotherapeutisch behandelt? Ja Nein

Wer, warum? _____

1.10 Wohnung / Wohnort

Sind Sie seit Geburt des Kindes umgezogen? Ja, _____ Mal Nein

2 Patientenvorgeschichte

2.1 Schwangerschaft

Wenn **Erbrechen** in der Schwangerschaft auftrat, kreuzen Sie bitte die betreffenden Monate an: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Wenn **Blutungen** auftraten, kreuzen Sie bitte die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Traten in der Schwangerschaft Röteln oder andere schwere Erkrankungen mit Fieber auf? Ja Nein

Wurde in der Schwangerschaft eine Toxoplasmose festgestellt? Ja Nein

Haben Sie während der Schwangerschaft an Diabetes gelitten? Ja Nein

Mussten Sie Medikamente einnehmen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Trat erhöhter Blutdruck auf? Ja Nein

Litten Sie an einer Nierenerkrankung? Ja Nein

Sind Krampfanfälle oder Ohnmacht aufgetreten? Ja Nein

Bestand während der Schwangerschaft eine Herzerkrankung? Ja Nein

Gab es in der Schwangerschaft weitere Erkrankungen, Unfälle, Operationen oder auch **seelische Belastungen**? Ja Nein Wenn ja, welche?

2.2 Geburt

Handelt es sich um eine Frühgeburt? Ja Nein

Wenn ja, Anzahl der Wochen: _____

Handelt es sich um eine Übertragung? Ja Nein

Wenn ja, Anzahl der Wochen: _____

Wie lange dauerte die Geburt? _____ Stunden

War es eine Hausgeburt? Ja Nein

Wenn nein, in welcher Klinik erfolgte die Geburt? _____

Geburtsgewicht: _____ g Größe _____ cm

Hatte das Kind eine normale Kopflage? Ja Nein

Welche Komplikationen gab es bei der Geburt?

- Künstliche Einleitung der Geburt Ja Nein
- Zangengeburt Ja Nein
- Kaiserschnitt Ja Nein
- Steißgeburt Ja Nein
- Verschlechterung der kindlichen Herztöne Ja Nein
- Nabelschnurumschlingung Ja Nein
- Musste das Kind in den Brutkasten? Ja Nein
- Wurde das Kind beatmet? Ja Nein
- Lag eine Zwillingsgeburt vor? Ja Nein
- Hatten Sie vor oder nach dieser Schwangerschaft Fehlgeburten? Ja Nein

2.3 Stillzeit

- Haben Sie das Kind an der Brust gestillt? Ja Nein
- Wenn ja, wie lange etwa: _____
- Lag eine Trinkschwäche vor? Ja Nein

2.4 Säuglings- und Kleinkindzeit

Traten in den ersten Lebensjahren Erkrankungen, Unfälle usw auf, die einen Klinikaufenthalt oder eine längere Trennung des Kindes von den Eltern erforderlich machten? Wurden Operationen durchgeführt? Wer war in der Klinik beim Kind? Gab es sonstige Ereignisse, auf die Ihr Kind in besonderer Art und Weise reagiert hat?

Schlimme Erfahrung	Alter (Jahr;Monat)	Beobachtete Veränderungen
--------------------	--------------------	---------------------------

2.4.1 Frühkindliche Entwicklung - Das Kind...

- konnte alleine sitzen mit _____ Monaten
- konnte alleine stehen mit _____ Monaten
- konnte alleine gehen mit _____ Monaten
- sprach die ersten Worte mit _____ Monaten
- sprach die ersten Sätze mit _____ Monaten

Traten in den ersten Lebensjahren **Sprachstörungen** auf?

(Lispeln, Stottern, Stammeln usw.)

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Das Kind hat...

tagsüber nicht mehr eingenässt mit _____ Monaten

nachts nicht mehr eingenässt mit _____ Monaten

tagsüber nicht mehr eingekotet mit _____ Monaten

nachts nicht mehr eingekotet mit _____ Monaten

2.4.2 Bitte stufen Sie Temperament und Verhalten Ihres Kindes in den ersten sechs Lebensjahren ein.

im Alter von - bis:

Motorisch unruhig, immer in Bewegung _____ - _____

Verletzte sich oft _____ - _____

Kopfwerfen, Wiegen mit dem Körper (z.B. vor dem Einschlafen) _____ - _____

Ungeschickt mit Händen und Armen _____ - _____

Sehr ruhig, bewegungsarm _____ - _____

Einschlafstörungen _____ - _____

Durchschlafstörungen _____ - _____

Angsträume, Schlafwandeln _____ - _____

Nachtschreck (Pavor Nocturnus) _____ - _____

Ernährungsstörungen _____ - _____

Nägelkauen _____ - _____

Daumenlutschen _____ - _____

Haarausreißen _____ - _____

Trotzanfälle _____ - _____

Gehemmt, unsicher, ängstlich _____ - _____

Unselbständig, suchte viel die Nähe der Mutter _____ - _____

Suchte viel Körperkontakt _____ - _____

Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig _____ - _____

Sehr ängstlich gegenüber Fremden _____ - _____

Eifersüchtig _____ - _____

Häufig kränkelnd _____ - _____

Wenig spielfreudig, brauchte sehr viel Anleitung _____ - _____

Sonstige Verhaltensweisen: _____ - _____

2.4.3 Gab es eine längere Trennung des Kindes von den Eltern im Kleinkindalter?

Ja Anlass/Dauer: _____

Wo wurde das Kind untergebracht? _____

Nein

2.5 Kindergarten

Hat das Kind einen Kindergarten besucht? Ja Nein

Wenn nein, weshalb nicht? _____

Fand vor dem Kindergartenbesuch bereits eine der folgenden Betreuungsformen statt?

- **Tagesmutter** Ja Nein ab welchem Alter: ____

wieviele Tage/Stunden in der Woche? _____

- **Krippe** Ja Nein ab welchem Alter: ____

wieviele Tage/Stunden in der Woche? _____

Bitte beschreiben Sie, wie jeweils die Eingewöhnung verlief:

Wurden von Erzieherinnen oder von Ihnen auffällige Verhaltensweisen des Kindes im Kindergarten beobachtet? Wenn ja, welche?

2.6 Schule

Die Einschulung erfolgte mit _____ Jahren. Aktuelle Klassenstufe: _____

Wurde das Kind zurückgestellt? Ja Nein

Welche Schulform besucht das Kind gegenwärtig? _____

Name der Schule: _____

Liegt bereits ein Schulabschluss vor?

Ja, folgender: _____ Nein

Gegenwärtige Berufs-/Erwerbstätigkeit des Jugendliche

noch nicht erwerbstätig arbeitslos Berufsvorbereitungsjahr Werkstätte

Berufsausbildung Studium sonstiges: _____

Welche der folgenden Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten haben Sie bei Ihrem Kind im **Schul- und Leistungsbereich** beobachtet?

Lese-Rechtschreibschwäche	von _____ bis _____ Jahren
Rechenschwäche	von _____ bis _____ Jahren
Konzentrationsschwierigkeiten	von _____ bis _____ Jahren
Starke Leistungsschwankungen	von _____ bis _____ Jahren
Leistungsverweigerung	von _____ bis _____ Jahren
Mangelnde Motivation	von _____ bis _____ Jahren
Diskussion/Streit um die Hausaufgaben	von _____ bis _____ Jahren
Schulschwänzen	von _____ bis _____ Jahren
Fehlte oft wegen Krankheit	von _____ bis _____ Jahren
Ausgeprägte Angst, zu versagen	von _____ bis _____ Jahren
Übermäßiger Ehrgeiz	von _____ bis _____ Jahren

2.7 Freizeit

Hat das Kind „feste“ Freunde? Ja Nein

Gewinnt das Kind leicht Freunde? Ja Nein

In seiner Freizeit spielt oder beschäftigt sich das Kind am liebsten mit:

Spielverhalten des Kindes

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Es kann gut verlieren | <input type="checkbox"/> Es kann nicht gut verlieren |
| <input type="checkbox"/> Es hält sich an Regeln | <input type="checkbox"/> Es hält sich nicht an Regeln |
| <input type="checkbox"/> Es kann länger bei einer Sache bleiben | <input type="checkbox"/> Es ist unstedet oder sprunghaft |
| <input type="checkbox"/> Es kann allein spielen | <input type="checkbox"/> Es spielt nur selten allein |
| <input type="checkbox"/> Phantasievoll | <input type="checkbox"/> Es entwickelt wenig Phantasie |

Das Kind betreibt folgende Sportarten:

Das Kind betreibt folgende Hobbys:

2.8 Verhältnis zu Gleichaltrigen und Erwachsenen

Ihr Kind ist in der Spiel- und Kindergruppe im Zusammensein mit anderen Kindern unauffällig? Ja Nein

Wenn nein, welche der folgenden Auffälligkeiten haben Sie beobachtet?

Will oft den Ton angeben, Anführer/Bestimmer sein Ja Nein

Ist eher Außenseiter, Mitläufer Ja Nein

Ist oft der „Prügelknabe“ Ja Nein

Wird häufig verspottet, ausgelacht Ja Nein

Will durch Clownerien im Mittelpunkt stehen Ja Nein

Setzt sich zu wenig durch Ja Nein

Ärgert und hänselt gerne andere Ja Nein

Wird oft geärgert oder gehänselt Ja Nein

Hat häufige Wut- und Trotzanfälle Ja Nein

Schlägt/schubst/tritt häufiger andere Kinder Ja Nein

Ist verbal aggressiv gegenüber Betreuern, Lehrern etc. Ja Nein

Greift Betreuer, Lehrer etc. körperlich an Ja Nein

Schätzen Sie das Verhalten Ihres Kindes im Zusammensein mit Erwachsenen als auffällig ein? Ja Nein Wenn ja, was fällt Ihnen auf?

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

***Haben Sie sonst noch Anmerkungen oder Ergänzungen?
Bitte nutzen Sie bei Bedarf auch die Rückseite!***

