

## Angaben zum Kind/ Jugendlichen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Versichert durch Vater/Mutter?  Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Behandelnde/r Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_

## Angaben zu den Eltern:

Sorgerecht:  Eltern  Mutter  Vater  Sonstige

Beruf der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf des Vaters: \_\_\_\_\_

Alter der Mutter: \_\_\_\_\_ Alter des Vaters: \_\_\_\_\_

Wer betreut während der Arbeitstätigkeit der Eltern Ihr Kind? \_\_\_\_\_

## **Familienstand**

Sind Sie  verheiratet  unverheiratet  zusammen lebend  
 getrennt lebend  wiederverheiratet  verwitwet

Datum der Eheschließung \_\_\_\_\_ Datum der Trennung \_\_\_\_\_

## **Angaben zu den Geschwistern:**

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

## **Lebensverhältnisse:**

Bei wem lebt das Kinder/ der Jugendliche? \_\_\_\_\_

Wie häufig Kontakt zur Mutter? \_\_\_\_\_

Wie häufig Kontakt zum Vater? \_\_\_\_\_

Leben noch weitere Personen im Haushalt und wenn ja wer? \_\_\_\_\_

## **Wohnsituation**

Wie wohnen Sie? (Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus,.....) \_\_\_\_\_

Hat das Kind sein eigenes Zimmer?  Ja  Nein

Wohnen Sie in einer kinderfreundlichen Umgebung?  Ja  Nein

Besteht Kontakt zu den Großeltern?  Ja  Nein

## **Aktuelle professionelle Hilfe**

Wird die Familie durch die Jugendhilfe/Jugendamt unterstützt?  Ja  Nein

Wenn „Ja“, wie? (Jugendamt, Sozialpädagoge, Familienhilfe) \_\_\_\_\_

Wird aktuell Ergotherapie durchgeführt?  Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

Wird aktuell Logopädie durchgeführt?  Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

Hilfe durch Kinder-und Jugendpsychiater/-psychotherapeut/-in?  Ja  Nein

Warum? \_\_\_\_\_

Welche nicht genannte Hilfe wird aktuell beansprucht?

Warum? \_\_\_\_\_

## **Vorstellungsanlass:**

Was macht Ihnen Sorgen bei ihrem Kind? Bei Jugendlichen: Welche Sorgen führen dich hierher?

Wann ist das Problem, das zur Vorstellung führt, erstmalig aufgetreten?

---

Ist das Problem  plötzlich  
 allmählich aufgetreten?

Wie belastend sind die Symptome/Probleme auf einer Skala zwischen 1 und 10 wobei 10 die stärkste Belastung und 0 für gar keine Belastung steht?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient/-in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gab es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Problems zusammenfielen?

---

Wie hat sich das Problem im Laufe der Zeit verändert?  wurde immer stärker  
 gleichbleibend  
 ist schwächer geworden

In welchen Situationen zeigt sich das Problem verstärkt (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

---

---

In welchen Situationen tritt das Problem seltener oder gar nicht auf (an bestimmten Orten, zu bestimmten Anlässen, zu bestimmten Zeiten, bei bestimmten Personen)?

---

---

Welche Erklärung haben Sie bezüglich der Problematik?

---

---

## **Bisherige Lösungsversuche**

Was habe Sie bisher versucht, um das Problem in den Griff zu bekommen (bei Jugendlichen: Was hast du bisher versucht, um das Problem zu lösen?)

- In Ihrem Erziehungsverhalten (bei Jugendlichen: beim eigenen Verhalten und Erleben):

---

---

---

---

- Durch Hilfe anderer (bitte genau angeben mit Zeitraum von bis):

Schule (Lehrer, Psychologen)\_\_\_\_\_

Beratungsstelle:\_\_\_\_\_

Haus oder Kinderarzt:\_\_\_\_\_

Psychotherapeutische Praxis:\_\_\_\_\_

Kinder-und Jugendpsychiater:\_\_\_\_\_

Kinderpsychiatrie/Kinderklinik:\_\_\_\_\_

Rehabilitative Behandlung( Kur):\_\_\_\_\_

Jugendamt:\_\_\_\_\_

andere Einrichtungen:\_\_\_\_\_

andere Personen:\_\_\_\_\_

Welche Maßnahmen wurden von diesen Personen/Einrichtungen getroffen, mit welchem Erfolg?

---

---

---

---

Wie sind Sie/ bist Du auf die Praxis aufmerksam geworden (Arzt, Kollege, Internet, Jugendamt etc.)?

---

Wer kam auf die Idee sich vorzustellen (Praxis aufzusuchen)

---

## **Vorgeschichte**

### **Schwangerschaft/ Geburt/Neugeborenenzeit**

Wie verlief die Schwangerschaft (Auffälligkeiten wie schweres Erbrechen, vorzeitige Wehen, Alkohol, fieberhafte Erkrankungen, Medikamente, etc.)?

---

---

---

Wie verlief die Geburt?     normal                       Frühgeburt                       Spätgeburt  
  
 Komplikationen (z.B. Zangengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnur um Hals)

---

Geburtsgewicht \_\_\_\_\_ (Angaben in Gramm) ---  niedrig     mittel                       hoch

War ihr Kind in den ersten 4 Lebenswochen auffällig blass oder blau, musste es stationär behandelt werden?

nein                       ja: bitte angeben wie lange Behandlung und ob Beatmung notwendig war

---

Gab es sonstige Auffälligkeiten, die Ihnen Sorgen machten (Bewegungsarmut, auffallende Unruhe,



Nahm oder nimmt ihr Kind Medikamente ein?

nein  ja, welche \_\_\_\_\_

Besteht eine Suchtproblematik?  ja  nein

Welche Suchtproblematik besteht? \_\_\_\_\_

## **Temperament und Verhalten**

Bitte beurteilen Sie die folgenden Merkmale Ihres Kindes in den ersten drei bis vier

Lebensjahren

Motorisch unruhig, immer in Bewegung  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Ausgesprochen ruhig und bewegungsarm  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Motorisch ungeschickt, verletzte sich häufig  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Trotzanfälle  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Schüchtern, unsicher, ängstlich  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Unselbstständig, suchte viel die Nähe der Mutter/des Vaters  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Trennungsschwierigkeiten  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Kaum alleine gespielt, musste immer angeleitet werden  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Eifersüchtig  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Ernährungsprobleme  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Einschlafschwierigkeiten  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Durchschlafschwierigkeiten, nachts viel geschrien  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Hatte Ihr Kind spezielle Interessen?  Ja  Nein

Wenn „Ja“ welche?

\_\_\_\_\_  
Andere

Auffälligkeiten?

\_\_\_\_\_

## Kindergarten/Kindertagesstätte/Kinderkrippe

Besucht/e ihr Kind einen Kindergarten/Kindertagesstätte/Kinderkrippe? (entsprechendes unterstreichen)

nein       ja, vom \_\_\_ bis \_\_\_ Lebensjahr

Gab oder gibt es dort Probleme?

nein       ja, welche (Trennung, Probleme mit anderen Kindern etc.)?

---

---

---

## Schulzeit

Gegenwärtig besucht mein Kind/ der Jugendliche die \_\_\_ Klasse einer \_\_\_\_\_  
(Haupt-, Real-, Gesamt-, Förderschule etc.)

Schullaufbahn       normaler Verlauf

verspätete Einschulung (Zurückstellung), wegen \_\_\_\_\_

Wiederholung der Klasse \_\_\_\_\_

Überspringen der Klasse \_\_\_\_\_

Schulwechsel im Jahre \_\_\_\_\_

zeitweise keine Schule besucht von \_\_\_ bis \_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Stärken hat er/sie in \_\_\_\_\_

Schwächen hat er/sie in \_\_\_\_\_

Wie sind im Durchschnitt die schulischen Leistungen Ihres Kindes?

sehr gut       gut       befriedigend       ungenügend

Welche besonderen Lernschwierigkeiten hat(te) Ihr Kind? \_\_\_\_\_

Hat(te) Ihr Kind Förderunterricht?  Ja  Nein

Welche Lieblingsfächer hat Ihr Kind? \_\_\_\_\_

---

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben?  Ja  Nein

Gibt es Probleme in bestimmten Schulfächern  Ja  Nein

Wenn „Ja“, welche?  Mathematik/Naturwissenschaften  
 Sprache  
 Sport

Bitte legen sie eine Kopie des letzten Zeugnisses bei.

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule?

nein  ja und zwar:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Regelmäßigkeit der Schulbesuche:  regelmäßig  
 verspätet sich oft  
 schwänzt häufig  
 fehlt oft, wegen: \_\_\_\_\_

Hausaufgaben: wie lange meistens? \_\_\_\_\_

Alleine oder mit Hilfe? \_\_\_\_\_

Probleme? \_\_\_\_\_

## **Jugendalter**

Ist Ihr Kind bereits in die Pubertät eingetreten?  Ja  Nein

Wenn „Ja“: erste Periode mit \_\_\_\_\_ Jahren

Stimmbruch mit \_\_\_\_\_ Jahren

Hat Ihr Kind bereits die Schule abgeschlossen?

Ja  Nein

Schulabschluss mit \_\_\_\_\_ Jahren  
Typ:

Hauptschule

Realschule

Gymnasium

## **Erziehung**

Von wem wurde das Kind/der Jugendliche bisher vorwiegend erzogen?

von der Mutter     vom Vater     von den Großeltern     von: \_\_\_\_\_

Welche andere Personen üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

\_\_\_\_\_

Wie belohnen und bestrafen Sie ihr Kind im allgemeinen?

Art der Belohnung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Art der Bestrafung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Hat das Kind/ der Jugendliche regelmäßige Pflichten?

nein                       ja, welche? \_\_\_\_\_

## **Interessen und Fähigkeiten**

Welche Interessen, Neigungen und Fähigkeiten hat das Kind/ der Jugendliche?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Beziehungen zu anderen**

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind/Jugendlichem und Eltern?

Zum Vater:

---

Zur Mutter:

---

Wie verträgt sich das Kind /der Jugendliche mit den Geschwistern?

im Allgemeinen gut, mit \_\_\_\_\_

nicht so gut, mit \_\_\_\_\_

schlecht, mit \_\_\_\_\_

entfällt, da keine Geschwister

Häufigster Anlass zum Streit ist: \_\_\_\_\_

---

Hat das Kind der Jugendliche Freunde?

nein       ja, Anzahl und Alter \_\_\_\_\_

Wie häufig verbringt das Kind der Jugendliche seine Freizeit mit Freunden?

fast täglich

nicht täglich, sondern \_\_\_\_\_

ist lieber für sich allein

Wie verträgt sich das Kind / der Jugendliche in der Gruppe (außerhalb der Schule)?

kommt gut mit anderen aus

versucht andere zu beherrschen

ist leicht durch andere zu beeinflussen

will häufig alles bestimmen, ist rechthaberisch

nimmt anderen gerne etwas weg

- zwickt, stößt, schlägt andere häufig
- wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen und geschlagen
- wird oft von anderen beschimpft
- prahlt gerne vor anderen, gibt an
- zieht sich von den anderen zurück
- wird von den anderen wenig beachtet, abgelehnt bzw. gemieden, wenn ja

warum? \_\_\_\_\_

Welche Probleme gibt es in Beziehungen zu anderen Personen?

---



---

## **Medienkonsum**

Hierzu zählt: Fernsehen, Internet, Computer, Tabletcomputer, Smartphone, Handy, Playstation, Nintendo, X-Box, Wii und alle anderen elektronischen Medien

Wie viele Stunden täglich konsumiert Ihr Kind diese Medien?

\_\_\_\_\_ Minuten pro Tag an Schultagen

\_\_\_\_\_ Minuten pro Tag an schulfreien Tagen

## **Familie**

Gab es in der Familie oder bei Bekannten einen erfolgten Suizid bzw. Suizidversuch?

- nein                       ja und zwar:

---

Äußerte ihr Kind jemals nicht mehr leben zu wollen?

- nein                       ja, (Beschreibung der Situation und wann):

---

Gab/Gibt es in der Familie psychische Erkrankungen?

nein

ja und zwar:

---

Gab/Gibt es in der Familie körperliche Erkrankungen?

nein

ja und zwar:

---

Besteht/Bestand bei Bezugspersonen (Eltern, Großeltern etc.) eine Suchtproblematik(z.B. Alkohol, Drogen, Medikamente)?

ja

nein

Welche Suchtproblematik besteht/bestand?\_\_\_\_\_

Gab es häufige Umzüge?

nein

ja und zwar:

---

## **Vorbefunde**

Bitte legen Sie Vorbefunde aus psychotherapeutischen Behandlungen, Klinikaufenthalten und diagnostischen Untersuchungen in Kopie bei.

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:\_\_\_\_\_