

ELTERNFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Eltern,
wir wollen gemeinsam Lösungen für die Schwierigkeiten finden, die gegenwärtig für Ihr Kind und Sie vorhanden sind. Um die Probleme verstehen zu können, ist es notwendig, dass ich in einem ersten Schritt möglichst viele und genaue Informationen nicht nur über aktuelle Probleme, sondern auch über das Leben Ihres Kindes bekomme. Ich bitte Sie daher, diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen, auch wenn es ein bisschen lästig ist und Zeit kostet. Es ist selbstverständlich, dass alle Informationen absolut vertraulich behandelt werden.

Datum: _____

Name des Kindes:

Vorname:

geb. am:

Von wem wird der Fragebogen ausgefüllt?

- ; Mutter
- ; Vater
- ; Pflege- / Adoptiv- Mutter / Vater
- ; andere Personen, z.B. bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern der/die neue Lebenspartner/in:

1. ANGABEN ZUR FAMILIE

Wenn Ihr Kind Geschwister hat, machen Sie bitte folgende Angaben:

	Name	Geb.-Dat.	Schule / Ausbildung	Erkrankung / Behinderung	leibl., Halb-, Stiefgeschw.
1.					
2.					
3.					
4.					

Welchen Belastungen ist oder war Ihre Familie ausgesetzt (z.B. Krankheit, Unfall, Arbeitslosigkeit, Trennung, Umzug, Schulwechsel) ?

- Ihr Kind:
- Sie selbst:
- weitere Familienmitglieder:
- nein, keine Belastungen vorhanden

Gibt es bezüglich des Gesundheitszustandes von Familienmitgliedern wichtige Informationen (z.B. Allergien, größere Unfälle, Operationen, Medikamenten-/Drogen-/Alkohol-Problematik, psychische (Angststörung, Depression, Psychosen) oder körperliche Erkrankungen)?

Mutter:

Vater:

Geschwister:

andere Familienmitglieder (z.B. Großeltern, Geschwister der Eltern):

War ein Familienmitglied gewalttätigen oder sexuellen Übergriffen ausgesetzt:

ja

nein

wenn ja, in welcher Form:

2. AUFFÄLLIGES VERHALTEN / SYMPTOMATIK

Bitte beschreiben Sie so genau und ausführlich wie möglich, weswegen Sie mit Ihrem Kind eine Therapie aufsuchen. [Bitte beschreiben Sie hier, welche Schwierigkeiten (privater/ schulischer Art) und/oder Beschwerden (Symptome) Ihr Kind zu mir geführt haben (geben Sie bitte eine genaue Problembeschreibung)]

Haben Sie sich bereits an Personen außerhalb der Familie um Hilfe gewandt?

ja

nein

Wenn ja, an wen? an Ihren Haus-/Facharzt, welcher:

an das Jugendamt, Ansprechpartner/in:

an andere, und zwar:

Wurde bereits eine Diagnose gestellt oder Maßnahmen empfohlen?

ja

nein

Wenn ja, welche?:

Hat Ihr Kind schon einmal den Wunsch geäußert, nicht mehr leben zu wollen?

- ja nein

Wenn ja, kennen Sie die Ursachen oder haben Sie Vermutungen darüber?:

Hat es jemals einen Selbstmordversuch unternommen?

- ja nein

Wenn ja, wann und wie?:

Hat Ihr Kind Schmerzen oder andere körperliche Symptome, für die nicht ausschließlich eine körperliche Ursache festgestellt werden konnte, wie z.B.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Einkoten |
| <input type="checkbox"/> Ein- oder Durchschlafstörungen | |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

Schätzen Sie den Medienkonsum Ihres Kindes als auffällig ein?

- ja nein

Wie hoch ist der durchschnittliche Konsum pro Tag insgesamt?

3. ENTWICKLUNG IHRES KINDES

Bitte beschreiben Sie im Folgenden kurz Ihre Einstellung zur Schwangerschaft (z.B. Gedanken an einen Abbruch, Wunschkind etc.)

Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?

- unproblematisch
 problematisch

Falls während der Schwangerschaft Probleme oder Komplikationen bei Mutter und Kind auftraten, welche waren dies (z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen, drohende Fehlgeburt, hoher Blutdruck, Schwangerschaftsvergiftung)?

Wie verlief die Geburt?

- termingerecht
- Frühgeburt (mehr als 2 Wochen vor Geburtstermin)
- Spätgeburt (mehr als 2 Wochen nach Geburtstermin)

Gab es bei der Geburt Komplikationen bzw. Auffälligkeiten?

- ja
- nein

Wenn Komplikationen auftraten, welche waren das (z.B. verlängerte Wehentätigkeit, Geburt eingeleitet, Zangen- oder Saugglockengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, grünes Fruchtwasser, Knoten in der Nabelschnur usw.)?

Gab es im weiteren Verlauf Entwicklungsschwierigkeiten?

- motorisch
- sprachlich
- Sauberkeitsentwicklung
- kognitiv

Wurde/n eine oder mehrere der angeführten Behandlungen durchgeführt?

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Frühförderung
- Logopädie
- andere Behandlung, und zwar:

Hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Einschränkungen?

- Anfallsleiden, Krämpfe
 - erhebliche Sehschwäche
 - Hörschaden
 - körperliche Behinderung
 - geistige Behinderung
 - körperliche Ungeschicklichkeit
 - andere Schwierigkeiten
- seit: seit:
seit: seit:
seit: seit:
seit: seit:
seit: seit:
seit: seit:

welche:

Bitte beschreiben Sie wichtige, angenehme oder auch unangenehme und belastende Ereignisse aus dem familiären und sozialen Umfeld Ihres Kindes während der nachfolgend aufgeführten Lebensabschnitte:

0 – 3 Jahre :

3 – 6 Jahre:

6 – 10 Jahre:

10- 15 Jahre:

4. INTERESSEN des Kindes AUSSERHALB DER SCHULE

Hat Ihr Kind besondere Interessen, Stärken und Fähigkeiten?

ja nein

Wenn ja, welche?:

Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein oder einer Jugendgruppe?

ja nein

Wenn ja, was für ein Verein/Gruppe ist dies?

Wie viele Freunde oder Freundinnen hat Ihr Kind? (Bitte nur **eine** Angabe!)

keinen einen/eine 2 oder 3 viele sehr viele

Wie häufig verbringt Ihr Kind seine Freizeit mit seinen Freunden und Freundinnen?

Fast nie selten gelegentlich oft sehr oft

5. BETREUUNG, KINDERGARTEN- und SCHULZEIT

Welche Betreuungsformen haben Sie für Ihr Kind genutzt?

Tagesmutter Kindergarten U3 Kindergarten Ü3
 andere Betreuungsform:

Gab es in der Betreuung Auffälligkeiten (z.B. Trennungsangst)?:

Schulischer Werdegang (bitte Jahresdaten angeben):

Grundschule: von bis
 ohne Probleme es gibt/gab Schwierigkeiten,
welche?:

Weiterführende Schule/Schulen:

Schulart: von bis
 ohne Probleme es gibt/gab Schwierigkeiten,
welche?:

Aktuelle Schule und Klasse:

Gab es Klassenwiederholungen, Schulwechsel oder Förderschulempfehlungen?

Gab es längere Abwesenheiten in der Schule oder hohe Fehlzeiten?

Gab oder gibt es Mobbing Erfahrungen?

Gibt es etwas, was die Schule an den Leistungen Ihres Kindes besonders beanstandet?

- ja nein

Wenn ja, was wird beanstandet?

- Probleme beim Lesen/Lesenlernen
- Probleme beim Schreiben/Schreibenlernen/Rechtschreibung
- Probleme beim Rechnen/Erlernen des Rechnens mit den Grundrechenarten

Wurde diesbezüglich bereits eine Diagnose gestellt?

- ja nein

Wenn ja, welche der nachfolgenden Diagnosen wurde gestellt?

- Lese-und Rechtschreibstörung
- Rechtschreibstörung ohne Lesestörung
- Rechenstörung

6. POSITIVE EIGENSCHAFTEN DES KINDES

z.B.:

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?

Über welche Entwicklungsschritte freuten / freuen Sie sich besonders?

Was mochten / mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Gibt es sonstige Informationen, die noch nicht erfragt wurden, die Sie aber für die Therapie für bedeutsam halten?

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit der Beantwortung dieses Fragebogens gemacht haben! ☺