



PRAXIS

WANGELIN & SANDER

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Elternfragebogen

| | |
|---|--------|
| Angaben zum Fragebogen | Datum: |
| Ausgefüllt von <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> andere Person: | |

| | |
|--|-------------|
| Angaben zum Kind | |
| Nachname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Geschlecht: |
| Straße: | PLZ & Ort: |
| Staatsangehörigkeit: | Konfession: |
| Das Sorgerecht für das Kind liegt bei: | |
| Das Kind lebt hauptsächlich bei: | |
| Das Kind wird überwiegend betreut und erzogen durch: | |

Familie

| Angaben zur Mutter (ggf. Pflegemutter, Adoptivmutter o.ä., siehe Beziehung zum Kind) | |
|--|-----------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Konfession: |
| Staatsangehörigkeit: | Herkunftsland: |
| Straße: | PLZ & Ort: |
| Schulabschluss: | Erlerner Beruf: |
| Derzeitige Tätigkeit: | Stundenumfang: |
| Wie ist Ihre Beziehung (wie leiblicher Elternteil, sozialer Elternteil, Großelternanteil, Stiefelternanteil, Adoptivelternanteil, Pflegeelternanteil oder anderes) zum Kind? | |
| Erreichbarkeit <input type="checkbox"/> Festnetz: <input type="checkbox"/> Mobil: | |
| <input type="checkbox"/> Email: <input type="checkbox"/> Post | |
| Bitte Telefon und Email ergänzen. Zusätzlich kann ein Kreuz gemacht werden, über welchen Weg Sie bevorzugt zu erreichen sind. | |

| Angaben zum Vater (ggf. Pflegevater, Adoptivvater o.ä., siehe Beziehung zum Kind) | |
|--|-----------------|
| Nachname: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Konfession: |
| Staatsangehörigkeit: | Herkunftsland: |
| Straße: | PLZ & Ort: |
| Schulabschluss: | Erlerner Beruf: |
| Derzeitige Tätigkeit: | Stundenumfang: |
| Wie ist Ihre Beziehung (wie leiblicher Elternteil, sozialer Elternteil, Großelternanteil, Stiefelternanteil, Adoptivelternanteil, Pflegeelternanteil oder anderes) zum Kind? | |
| Erreichbarkeit <input type="checkbox"/> Festnetz: <input type="checkbox"/> Mobil: | |
| <input type="checkbox"/> Email: <input type="checkbox"/> Post | |
| Bitte Telefon und Email ergänzen. Zusätzlich kann ein Kreuz gemacht werden, über welchen Weg Sie bevorzugt zu erreichen sind. | |

| Angaben zur familiären Situation | |
|---|--|
| Eltern verheiratet seit: | Eltern getrennt/geschieden seit: |
| Mutter wiederverheiratet / neue Partnerschaft seit: | Vater wiederverheiratet / neue Partnerschaft seit: |
| Mutter chronisch krank / behindert seit: | Vater chronisch krank / behindert seit: |
| Mutter verstorben seit: | Vater verstorben seit: |
| Sind weitere Bezugspersonen eng in die Erziehung des Kindes mit einbezogen? | |
| | |

| Angaben zu Geschwistern | | | | | |
|-------------------------|------------|-----------------------|--------------------------|--------|-----------|
| Vorname | Geb.-Datum | Geschwisterverhältnis | Schulart | Klasse | lebt bei: |
| | | G Sm Sv Hm Hv A P | GS HS RS GM IGS FD FÖ | | |
| | | G Sm Sv Hm Hv A P | GS HS RS GM IGS FD FÖ | | |
| | | G Sm Sv Hm Hv A P | GS HS RS GM IGS FD FÖ | | |

Geschwisterverhältnis

G – Geschwister, Sm – Stiefgeschwister mütterlich, Sv – Stiefgeschwister väterlich, Hm – Halbgeschwister mütterlich, Hv – Halbgeschwister väterlich, A – Adoptivgeschwister, P – Pflegekind

Art der Schule

GS – Grundschule, HS-Hauptschule oder hauptschulzweig, RS- Realschule oder realschulzweig, GM – Gymnasium oder Gymnasialzweig, IGS – Integrierte Gesamtschule, FD – Fachschule, FÖ – Förderschule,

zutreffendes bitte umkreisen

Entwicklung

| Angaben zur Schwangerschaft |
|---|
| Gab es während der Schwangerschaft Besonderheiten oder Belastungen? |

| Angaben zur Geburt |
|---|
| Gab es während der Geburt oder kurz danach Besonderheiten oder Belastungen? |

| Angaben zu Erkrankungen |
|---|
| Hat Ihr Kind eine Krankheit, körperliche oder geistige Beeinträchtigung oder Behinderung? |

| Angaben zu Medikamenten |
|---|
| Bekommt das Kind aktuell Medikamente oder war in der Vergangenheit eine längere Behandlung mit Medikamenten erforderlich? |

Angaben zu Diagnostik, Beratung und Therapie in der Vergangenheit

Gab es für Ihr Kind beispielsweise Ergotherapie, Logotherapie, Frühförderung, Heilpädagogik, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Jugendamtsunterstützung, Erziehungsberatung, Sozialpädagogische Familienhilfe oder ähnliches?

Art:..... vonbis

Art:..... vonbis

Art:..... vonbis

Art:..... vonbis

Art:..... vonbis

Art:..... vonbis

Kindergarten & Schule

| Angaben zum Kindergarten | |
|--------------------------|--------------------------------|
| Zeitraum | Name und Ort des Kindergartens |
| | |
| | |
| | |

| Angaben zur Schule | |
|--------------------|-------------------------|
| Zeitraum | Name und Ort der Schule |
| | |
| | |
| | |

Art der Schule: GS - Grundschule; HS - Hauptschule oder Hauptschulzweig; RS - Realschule oder Realschulzweig; GM - Gymnasium oder Gymnasialzweig; IGS - Integrierte Gesamtschule; FS - Fachschule; FÖ - Förderschule. *zutreffendes bitte umkreisen.*

Freizeit

| Angaben zum Verhalten Ihres Kindes mit Anderen | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Verglichen mit Gleichaltrigen... | schlechter | etwa gleich | besser | |
| Wie verträgt sich Ihr Kind mit den Geschwistern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Einzelkind |
| Wie verträgt sich Ihr Kind mit anderen Kindern/Jugendlichen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Wie spielt oder arbeitet Ihr Kind allein? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Familiäre Belastungen

Angaben zu psychischen Problemen

Wurde jemand aus der Familie des Kindes wegen Ängsten, Depressionen, Essproblemen, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen ambulant oder in einer Klinik behandelt? Oder hat / hatte jemand solche Probleme, sucht / suchte aber keine Hilfe auf?

Angaben zu besonderen Belastungen

Gab es familiäre Lebensereignisse, die zu besonderen Belastungen geführt haben, wie beispielsweise komplizierte Schwangerschaft, erhebliche Einkommensänderungen oder Krankheit eines nahen Familienangehörigen?

Familienzeit

Angaben zu Gewohnheiten

Welche Gewohnheiten oder Rituale pflegen Sie in Ihrer Familie?

Angaben zu gemeinsamen Familienaktivitäten

Welche gemeinsamen Aktivitäten unternehmen Sie als Familie?

| Angaben zum Medienkonsum | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------|----------------------------|
| Fernsehen | täglich etwa Stunden | PC / Handy Spiele | täglich etwaStunden |
| Facebook, Whats App | täglich etwa..... Stunden | Surfen im Internet | täglich etwaStunden |
| Bücher | täglich etwa..... Stunden | Zeitschriften | täglich etwaStunden |

| Angaben zu Alkohol und Drogen |
|-------------------------------|
| Trinkt Ihr Kind Alkohol? |
| Raucht Ihr Kind Tabak? |
| Nimmt Ihr Kind Drogen? |

| Angaben zu Gewohnheiten |
|--|
| Wieviel Taschengeld bekommt Ihr Kind in der Woche? |

| Angaben über Sorgen und Gutes bei Ihrem Kind | |
|---|----------------------------------|
| Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind Sorgen? | Wasgefallt Ihnen an Ihrem Kind? |

Angaben zum Anmeldegrund

Was führt dazu, Kontakt zu einem Psychotherapeuten aufzunehmen, um sich bei uns Hilfe zu holen?

Angaben zu psychischen Problemen

Wenn Sie sich eine Skala von 1 bis 10 vorstellen (1 = Zustand, bei dem es Ihnen am allerschlechtesten geht; 10 = Zustand, bei dem es Ihnen am allerbesten geht und alle Ihre Probleme weg sind), wo würden Sie sich einordnen und warum?

Angaben zu psychischen Problemen

Wer in Ihrer Familie leidet am meisten unter dem Problem; wem macht es am wenigsten aus? Warum?

Angaben zu psychischen Problemen

Angenommen die Therapie wäre hilfreich: Wer in Ihrer Familie würde es bemerken und woran?