

MEHR, ALS DU DENKST.

Sehr geehrte Familie

bitte füllen Sie diesen Fragebogen vorab aus und bringen Sie ihn zu Ihrem ersten Termin mit. Sie können dieses Formular auch als PDF (von meiner Website herunterladen) am Bildschirm ausfüllen und ausdrucken oder mir per E-mail zukommen lassen. Damit gewährleisten Sie, dass wir die Zeit, die uns für ein persönliches Gespräch zur Verfügung steht, möglichst effektiv für Ihre Anliegen nutzen können. Sollten Sie mehr Platz benötigen, nutzen Sie gerne ein zusätzliches Blatt.
Vielen Dank!

Persönliche Daten

Kind		
Vorname		
Nachname		
Geburtsdatum	Alter	Klasse
Wohnort Kind		
Lebt bei		
Straße, Nr.		
Plz, Ort		
Telefon Eltern	Mobil	Festn.
Telefon Kind	Mobil	Festn.
E-mail Eltern		
E-mail Kind		
Krankenkasse		
Privat		Gesetzlich
Sorgeberechtigte/r 1		
Mutter	Vater	Andere
Name, Adresse		
Sorgeberechtigte/r 2		
Mutter	Vater	Andere
Name, Adresse		

Elternfragebogen für:

Was ist der Grund für die Anmeldung?		
Was erhoffen Sie sich von der Therapie für Ihr Kind bzw. Ihre Familie?		
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?		
Schwangerschaft		
Ihre wievielte Schwangerschaft war das Kind?		
	nein	ja
Gab es medizinische, familiäre oder andere Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?		
Haben Sie während der Schwangerschaft ein oder mehr der folgenden Stoffe zu sich genommen: Zigaretten, Medikamente, Alkohol?		
Geburt	nein	ja
Gab es Komplikationen während oder nach der Geburt bei Mutter bzw. Kind?		
Haben Sie nach der Geburt unter Depressionen gelitten?		
Säuglingszeit	nein	ja
Wurde Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?		
Hat sich das Kind ohne Probleme entwickelt?		
Hat das Kind in den ersten 6 Lebensmonaten sehr viel geschrien?		
Hatte das Kind auch nach den ersten Wochen noch große Schlafprobleme?		

Frühkindliche Entwicklung	nein	ja
Gab es Auffälligkeiten in der motorischen Entwicklung?		
Gab es Auffälligkeiten in der Sprachentwicklung?		
Gab es Auffälligkeiten in der Sauberkeitsentwicklung?		
Krippe / Kindergarten	nein	ja
Gab es vor dem Kindergarten eine regelmäßige Fremdbetreuung?		
Wenn ja: Ab wann? Wo? Wechsel?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten (z.B: soziale Probleme / Trennungsängste...)?		
Kindergarten	nein	ja
Besucht / e Ihr Kind einen Kindergarten?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten (z.B: soziale Probleme / Trennungsängste...)?		
Wenn ja: Ab wann? Wo? Wechsel?		
Schule (nur bei Schulkindern auszufüllen)		
Wann und wohin wurde Ihr Kind eingeschult?		
Welche Schulen hat Ihr Kind bislang besucht?		
Welche Klasse aktuell?		
	nein	ja
Gab es Wiederholungen? Wenn ja, welche Klasse /n?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten / Probleme mit Schulleistungen?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten / Probleme mit den Hausaufgaben?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten / Probleme im sozialen Bereich / Freunde?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten / Probleme im Verhalten?		

Freizeitgestaltung	nein	ja
Sehen Sie Probleme im Freizeitverhalten ihres Kindes?		
Was macht Ihr Kind gerne in seiner Freizeit?		
Wie viele Stunden verbringt Ihr Kind täglich mit Handy/TV/Computer/Spielekonsole etc.?		
Hat Ihr Kind: keine/kaum ein paar viele gute Freunde?		
Mein Kind trifft sich: ca. mal pro Woche mit anderen Kindern.		
Körper / Krankheiten	nein	ja
Litt Ihr Kind schon einmal unter schweren Krankheiten oder Verletzungen? Wenn ja, welche?		
War Ihr Kind schon einmal stationär (über Nacht) in einem Krankenhaus? Wenn ja, wann und warum?		
Wurde Ihr Kind schon einmal operiert? Wenn ja, wann und warum?		
Essen / Schlaf	nein	ja
Gibt es Auffälligkeiten im Essverhalten? Wenn ja, welche?		
Hat ihr Kind öfter Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme?		
Gibt Auffälligkeiten im Schlafverhalten (Einschlafen / Albträume)?		
Verhalten / Erziehung	nein	ja
Gibt es Probleme bei der Erziehung Ihres Kindes?		
Sind Sie und Ihr Partner sich in Erziehungsfragen einig?		
Erziehungsstil Mutter: Erziehungsstil Vater:		

Familie mütterlicherseits (ms)		
Mutter Name:	Geb. Datum:	Geb. Ort:
Schulabschluss:	Berufsausbildung:	
Wo, als was und in welchem Umfang sind Sie aktuell berufstätig?		
	nein	ja
Hatten oder haben Sie schwere körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Hatten oder haben Sie psychische Probleme / Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Welche Therapien hatten oder haben Sie?		
Geschwister der Mutter mit Geburtsjahr:		
Großmutter Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Beziehung zum Kind: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Großvater Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Beziehung zum Kind: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Familie väterlicherseits (vs)		
Vater Name:	Geb. Datum:	Geb. Ort:
Schulabschluss:	Berufsausbildung:	
Wo, als was und in welchem Umfang sind Sie aktuell berufstätig?		
	nein	ja
Hatten oder haben Sie schwere körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?		

	nein	ja
Hatten oder haben Sie psychische Probleme / Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Welche Therapien hatten oder haben Sie?		
Geschwister des Vaters mit Geburtsjahr:		
Großmutter Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Beziehung zum Kind: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Großvater Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Beziehung zum Kind: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Geschwister	nein	ja
Hat Ihr Kind Geschwister?		
Wenn ja, wie heißen die Geschwister und wann sind sie geboren?		
Wie ist das Verhältnis unter den Geschwistern?		
Konflikte / Probleme / Krankheiten innerhalb der beiden Familien		
Bitte beschreiben Sie wichtige Konflikte / Probleme / Krankheiten innerhalb der Großfamilie		
Beziehung der Eltern		
Wann kennengelernt?	Wann geheiratet?	
Wie beschreiben Sie als Eltern Ihre aktuelle Beziehung untereinander: gut etwas angespannt sehr konflikthaft kein Kontakt		

