

MEHR, ALS DU DENKST.

Liebe Jugendliche und junge Erwachsene,

bitte füllt den Fragebogen am besten gemeinsam mit Euren Eltern schon vorab aus und bringt ihn zum Termin mit oder mailt oder schickt ihn mir. Wenn Ihr etwas nicht wisst - kein Problem einfach weglassen! Vielen Dank!

Persönliche Daten

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

Fragebogen für:

Was ist der Grund für die Anmeldung?		
Was erhoffst Du dir von der Therapie?		
Wie bist Du auf mich aufmerksam geworden?		
Schwangerschaft	nein	ja
Hatte Deine Mutter vorher weitere Schwangerschaften? Wenn ja wie viele?		
Gab es medizinische, familiäre oder andere Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?		
Hat Deine Mutter 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?		
Hat Deine Mutter nach der Geburt unter Depressionen gelitten?		
Säuglingszeit	nein	ja
Wurdest Du gestillt? Wenn ja, wie lange?		
Gab es Probleme in der Entwicklung?		
Hast Du in den ersten 6 Lebensmonaten sehr viel geschrien?		
Hattest Du 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
Hast du einen Kindergarten besucht?		
Wenn ja: Ab wann? Wo? Wechsel?		
Gibt / gab es Auffälligkeiten (z.B: soziale Probleme / Trennungsängste...)?		
Schule (nur bei Schulkindern auszufüllen)		
Wann und wohin wurdest Du eingeschult?		
Welche Schulen hast Du 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
Wie verbringst Du Deine Freizeit?		
Was sind Deine Hobbies?		
Wie viele Stunden verbringst Du täglich mit Handy/TV/Computer/Spielekonsole etc.?		
Hast Du: keine/kaum ein paar viele gute Freunde?		
Du triffst Dich: ca. mal pro Woche mit Freunden.		
Körper / Krankheiten	nein	ja
Littest Du schon einmal unter schweren Krankheiten oder Verletzungen? Wenn ja, welche?		
Warst Du schon einmal stationär (über Nacht) in einem Krankenhaus? Wenn ja wann und warum?		
Wurdest Du schon einmal operiert? Wenn ja wann und warum?		
Essen / Schlaf	nein	ja
Gibt es Auffälligkeiten im Essverhalten? Wenn ja, welche?		
Hast Du öfter Bauchschmerzen / Verdauungsprobleme?		
Hast Du Probleme mit dem Schlafen (Einschlafen / Albträume)?		
Verhalten / Erziehung	nein	ja
Waren / Sind sich Deine Eltern in Erziehungsfragen einig?		
Erziehungsstil Mutter: Erziehungsstil Vater:		
Geschwister	nein	ja
Hast Du Geschwister?		
Wenn ja, wie heißen die Geschwister und wann sind sie geboren?		
Wie ist das Verhältnis unter Euch als Geschwister?		

Familie Deiner Mutter:		
Mutter Name:	Geb. Datum:	Geb. Ort:
Schulabschluss:	Berufsausbildung:	
Wo, als was und in welchem Umfang ist Deine Mutter aktuell berufstätig?		
	nein	ja
Hatte oder hat Deine Mutter schwere körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Hatte oder hat Deine Mutter psychische Probleme / Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Welche Therapien hatte oder hat Deine Mutter?		
Geschwister Deiner Mutter (Deine Tanten und Onkel) mit Geburtsjahr:		
Großmutter Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Eure Beziehung: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Großvater Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Eure Beziehung: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Familie Deines Vaters:		
Vater Name:	Geb. Datum:	Geb. Ort:
Schulabschluss:	Berufsausbildung:	
Wo, als was und in welchem Umfang ist Dein Vater aktuell berufstätig?		
	nein	ja
Hatte oder hat Dein Vater schwere körperliche Erkrankungen? Wenn ja, welche?		
Hatte oder hat Dein Vater psychische Probleme / Erkrankungen? Wenn ja, welche?		

Welche Therapien hatte oder hat Dein Vater?		
Geschwister Deines Vaters (Deine Onkel und Tanten) mit Geburtsjahr:		
Großmutter Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Eure Beziehung: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Großvater Geburtsjahr:	Beruf:	Aktueller Wohnort:
Eure Beziehung: gut neutral schwierig		
verstorben: Wenn ja, wann?		
Konflikte / Probleme / Krankheiten innerhalb der beiden Familien		
Bitte beschreibe die wichtigsten Konflikte / Probleme / Krankheiten innerhalb der Großfamilie		
Beziehung der Eltern		
Wann kennengelernt?		Wann geheiratet?
Wie ist aktuelle Beziehung Deiner Eltern untereinander: gut etwas angespannt sehr konflikthaft kein Kontakt		
Eine Trennung ist bei Deinen Eltern:		
kein Thema aktuell vorstellbar fest geplant vollzogen		
Getrennt seit?		
Wie oft siehst Du ...deine Mutter?		... deinen Vater?

Familienleben

Beschreibe kurz Deine Wohnsituation?

nein ja

Hast Du ein eigenes Zimmer?

Bekommst Du regelmäßig Taschengeld? Wie viel pro Woche?

Was unternimmt Ihr gerne gemeinsam als Familie?

Ist Eure Familie sozial gut integriert?

Ist die finanzielle Situation zufriedenstellend?

Letzte Jahre

Nenne die wichtigsten Ereignisse der letzten Jahre innerhalb Deiner Familie:

Lebenszufriedenheit

Wie hoch schätzt Du die Lebenszufriedenheit ein?

unzufrieden durchschnittlich sehr zufrieden
←—————→ ←—————→ —————→

Mutter: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Vater: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Du: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10