

Fragebogen zur Lebensgeschichte Ihres Kindes

Dieser Fragebogen soll uns einen Überblick über die Entwicklung und die Probleme ihres Kindes sowie der Familiensituation ermöglichen. Er erleichtert die Beratung und die Behandlung; deshalb sollten Sie die Fragen zu Hause so richtig und genau wie möglich beantworten.

Alle Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt, in der gleichen vertraulichen Weise wie alle Ihre anderen persönlichen Mitteilungen während der Beratung und Behandlung.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Beantwortung des Fragebogens von Vater/Mutter/Großeltern/Sorgerechtsinhaber

am: _____ durch: _____

Name, Vorname des Kindes: _____ geb. am: _____

Schule, Klasse, Kindergarten: _____

Das Kind ist – ehelich – unehelich – adoptiert – Pflegekind – lebt im Heim

Welche Personen leben in Ihrem Haushalt? _____

A – Aktuelles

1. Welche Sorgen macht Ihnen Ihr Kind zurzeit? _____

seit wann? _____

2. Zeigte Ihr Kind schon früher Eigenschaften oder Auffälligkeiten, die Ihnen damals oder im Nachhinein Sorgen machten? z.B.: _____

Ängste

Angstträume

Schlafstörungen

Verstimmungszustände

freudlos, bedrückt

motorische Unruhe

Konzentrationsstörungen

Leistungsstörungen

sprachliche Auffälligkeiten

Bewegungsauffälligkeiten

Essstörungen

Kopfschmerzen

Bauchschmerzen

Selbstschädigungen

Schwierigkeiten in der
Kindergruppe

3. Waren Sie schon früher deswegen mit Ihrem Kind in Behandlung? ja / nein

Wenn ja, wann? _____ Bei wem? _____

Aus welchem Anlass? _____

4. Welche guten Seiten hat das Kind? Welche Eigenschaften schätzen Sie an ihm?

B – Allgemeine Entwicklung

1. Schwangerschaft

- Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? ja / nein
wenn ja, welche? _____
- Mussten ärztliche Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt werden? ja / nein
wenn ja, welche? _____
- Hat die Mutter Medikamente oder andere Substanzen zu sich genommen? ja / nein
wenn ja, welche? _____
- Wurde während der Schwangerschaft geraucht? ja / nein
- Außergewöhnliche körperliche Belastungen? _____
- Gab es für die Mutter besondere seelische Belastungen (Ängste, Sorgen, Verluste, Beziehungsschwierigkeiten)? _____

2. Geburt

- Zum erwarteten Termin? ja / nein im wievielten Monat? _____
- Übertragung? ja / nein wie viele Tage? _____
- Dauer der Geburt? _____
- Spontanentbindung - Zangengeburt- Saugglocke -Steißgeburt - Kaiserschnitt
- Gab es während der Geburt Komplikationen (Sauerstoffmangel, künstliche Einleitung der Geburt, Verschlechterung der Herztöne, Nabelschnurumschlingung um den Hals, Rhesusfaktorunverträglichkeit, andere)? _____
- Hat das Kind gleich geatmet und geschrien? ja / nein APGAR-Werte: ____/____/____/
- Gewicht: _____ Länge: _____
- Musste das Kind in den Brutkasten gelegt werden? ja / nein

3. Säuglingszeit

- Wurde Ihr Kind gestillt? ja / nein wenn ja, wie lange? _____
- Kam es zu Schwierigkeiten, z.B. Trinkschwäche, Erbrechen, Nahrungsverweigerung, Dreimonatskoliken, Schlafstörungen, Unruhezustände, andere? _____
- Wie verhielt sich Ihr Kind als Säugling? Ruhig? Lebhaft? _____
- Von wem wurde das Kind tagsüber im Allgemeinen versorgt? _____
- War es im 1. Lebensjahr für längere Zeit von der Mutter getrennt (z.B. im Krankenhaus)? _____
- _____
- Welche Krankheiten hatte es im 1. Lebensjahr? _____
- Wann schlief es durch? _____
- Wann schlief es im eigenen Zimmer? _____

4. Krankheiten

- Gab es Besonderheiten im Verlauf der Kinderkrankheiten? ja / nein
- Wenn ja, welche? _____
- Traten weitere Krankheiten auf? ja / nein
- Wenn ja, welche? _____
- Gab es Krankenhausaufenthalte/Operationen? ja / nein
- Wenn ja, weswegen? _____ wann? _____
- Unfälle, cerebrale Anfälle, Zustände von Bewusstlosigkeit, Allergien, Asthma, Neurodermitis, Sehstörungen, Hörstörungen, sonstige Behinderungen _____
- Muss Ihr Kind längerfristig Medikamente einnehmen? ja / nein
- Wenn ja, welche? _____

5. Kindergartenbesuch / Krippe / KITA / Tagesmutter

Ja - ab dem Alter von: _____ bis _____

Nein - weil: _____

Ging es gerne und regelmäßig in den Kindergarten? ja / nein

Hatte es Freunde, spielte es mit anderen Kindern? ja / nein

Gab es Wechsel der KITA? ja / nein

Wenn ja, warum? _____

6. Vorschulbesuch

Falls es zurückgestellt wurde:

Besuchte es bis zur Einschulung: die Vorschule - den Kindergarten - war es zuhause?

Wie wurde die Zurückstellung begründet? _____

Wie oft sind Sie bis zur Einschulung des Kindes umgezogen? _____

7. Schule

In welchem Jahr wurde Ihr Kind eingeschult? _____

Name der Grundschule: _____

Schulwechsel wann: _____

Warum? _____

Klassenwiederholung: welche? _____

Gründe dafür: _____

Schulabgang ist erfolgt in der Klassenstufe: _____

Schulabschluss ist erfolgt von dem Schulzweig: _____

Welchen Schulabschluss streben Sie an: _____

Fehlt es oft in der Schule? _____

Macht es die Hausaufgaben alleine? Immer - meistens - selten - nie

Hat Ihr Kind außerhalb der Schule noch Unterricht? ja / nein

wenn ja, welchen? _____

8. Freizeit

Wie kommt Ihr Kind mit seinen Geschwistern aus? _____

Spielt es am liebsten: allein - mit Freunden - drinnen - draußen

Gewinnt es eher leicht - eher schwer Freunde?

Halten Sie die Spielmöglichkeiten des Kindes für: gut - ausreichend - eingeschränkt?

Womit beschäftigt sich das Kind am liebsten? _____

Wie lange schaut es täglich O TV _____ O Youtube

Hat Ihr Kind ein eigenes Handy? ja / nein Wie lange ist es tgl. am Handy? _____

Nutzung von O Instagram O Tiktok O WhatsApp

wie lange spielt es täglich an O PC _____ O Spielkonsolen (welche?) _____

O ab 12 (Fortnite) O ab 16 (League of Legends) O ab 18 (GTA, Call of Duty)

Wie viele Stunden Sport macht es pro Woche (ohne Schulsport) _____

Besucht es Vereine/Jugendgruppen? ja / nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt es Spezialunterricht (z.B. Musik, Ballett, Schwimmen)? ja / nein

Wenn ja, welchen? _____

C – Familiäre Situation

1. Eltern: verheiratet seit: _____
 getrennt lebend seit: _____
 geschieden seit: _____
2. Mutter: Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
 Schulbildung: _____
 Berufsbildung: _____
 Berufliche Tätigkeit jetzt: _____
3. Vater: Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
 Schulbildung: _____
 Berufsbildung: _____
 Berufliche Tätigkeit jetzt: _____
4. Pflegemutter/Stiefmutter/Partnerin des Vaters:
 Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
 Schulbildung: _____
 Berufsbildung: _____
 Berufliche Tätigkeit jetzt: _____
5. Pflegevater/Stiefvater/Partner der Mutter:
 Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
 Schulbildung: _____
 Berufsbildung: _____
 Berufliche Tätigkeit jetzt: _____

6. Zählen Sie alle Ihre Kinder nach dem Alter auf:

Name	Alter	Ausbildung	Tätigkeit
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____

davon leben in der Familie: _____
in Pflegefamilien: _____
in Heimen: _____
selbstständig: _____

7. Krankheiten von Familienangehörigen:

Mutter: _____

Vater: _____

Geschwister: _____

Großeltern mütterlicherseits: _____

Großeltern väterlicherseits: _____

Tanten/Onkel: _____

(auch langjährige Leiden und Behinderungen)

8. Häusliche Wohnungssituation

Kind lebt zusammen mit (auch Verwandte, Großeltern, Geschwister der Eltern usw.):

Frühere Heim-/Internatsaufenthalte des Kindes: wann? _____
wo? _____

frühere Pflegefamilie? _____ wann? _____

Umzüge: wann? _____ weshalb? _____

Wohnsituation jetzt: Mietwohnung - eigenes Haus

Wie viele Parteien wohnen im Haus? _____ Wie viele Zimmer bewohnt die Familie? _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja / nein

Wenn nein, teilt Ihr Kind das Zimmer mit: _____

Schläft Ihr Kind im eigenen Zimmer? ja / nein bei den Eltern? ja / nein

9. Familienprobleme

Gibt es Probleme in der Familie hinsichtlich

- Religionsfragen _____

- der Haushaltsführung _____

- des Berufs _____

- der Erziehung _____

- der Sexualität _____

- des Geldes _____

- der Verwandtschaft _____

- des Freundes- oder Bekanntenkreises _____

- der Freizeit?

- Gab es bei den Geschwistern des Kindes Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen?

Ort, Datum

Unterschrift