

Praxis Zaruba

Analytische und tiefenpsychologisch fundierte
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie

- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie
- Trennungs- und Scheidungsberatung

Dorotheenstraße 40
61348 Bad Homburg
06172 – 185761
0177 – 877 47 17
info@praxis-zaruba.de

Elternfragebogen

Liebe Eltern,

mit diesem Fragebogen können Sie mir helfen, einen besseren Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und aktuelle Schwierigkeiten zu erhalten.

Lesen Sie sich bitte zuerst einmal alle Fragen durch und beantworten Sie diese dann so gut Sie können.
Wenn Sie sich an bestimmten Details nicht mehr erinnern können, so markieren Sie diese Frage mit einem Fragezeichen.
Wenn Sie einzelne Fragen nicht beantworten möchten, so kennzeichnen Sie diese einfach mit einem „N“.

Wenn Ihnen der Platz auf dem Fragebogen nicht ausreicht, können Sie gerne auf der Rückseite der Blätter weiterschreiben. Wenn Sie Dinge anmerken möchten, zu der Sie keine Frage finden, so können Sie gerne ein weiteres Blatt zu dem Fragebogen legen und dort alles aufschreiben, was Ihnen wichtig erscheint.

Alle hier angegebenen Informationen unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz, d.h. sie werden nur im Rahmen der Therapie bzw. der Antragstellung verwertet.

Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem nächsten Elterngespräch mit, damit wir ihn gemeinsam besprechen können.

Vielen Dank

Elternfragebogen

Name des Patienten _____

Adresse _____

Telefon _____

Handy (des Patienten) _____

email (des Patienten) _____

geb. am _____ in _____

Staatsangehörigkeit _____

Schulzweig _____ Klasse _____

Wie ist Ihr Kind krankenversichert? gesetzlich privat

Krankenkasse _____ Versicherungsnehmer _____

Anschrift der Krankenkasse _____

Kinder -/ Hausarzt _____

Wer hat den Besuch beim Therapeuten vorgeschlagen?

Kindergarten Schule Hort Kinderarzt

Schildern Sie kurz, welche Probleme / Schwierigkeiten Ihr Kind zurzeit hat

Bisherige Untersuchungen - Beratungen

psychotherapeutische Behandlung nein ja, von _____ bis _____
bei _____

verhaltenstherapeutisch tiefenpsychologisch analytisch

stationäre Behandlung nein ja, von _____ bis _____
in _____

Kinder- und Jugendlichen-Psychiater nein ja, bei _____

Jugendamt nein ja

Testpsychologische Untersuchungen nein ja, bei _____

Erziehungsberatungsstelle nein ja

Angaben zur Familie

Mutter	Name	Vater
_____	Jahrgang	_____
_____	Beruf	_____
_____	tätig als	_____
_____	Schulabschluss	_____
_____	Staatsangehörigkeit	_____

verheiratet seit _____ getrennt lebend seit _____

Lebensgemeinschaft seit _____ geschieden seit _____

verwitwet seit _____

Das Kind lebt bei ... beiden Eltern Mutter Vater Einrichtung

bei getrennt lebenden / geschiedenen Elternteilen

Wer hat das Sorgerecht? beide Eltern Mutter Vater Vormund

Gibt es eine verbindliche Besuchsregelung?

nein ja, _____

Gibt es zu einem Elternteil keinen Kontakt?

nein ja, _____

Läuft zurzeit ein familiengerichtliches Verfahren?

nein ja, _____

Mutter wiederverheiratet seit _____

Vater wiederverheiratet seit _____

Lebensgemeinschaft seit _____

Lebensgemeinschaft seit _____

Name des Partners

Jahrgang

Beruf

Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister

Kind von

Name _____ Alter _____

Mutter

Vater

Name _____ Alter _____

Mutter

Vater

Name _____ Alter _____

Mutter

Vater

Name _____ Alter _____

Mutter

Vater

War ein Kind ein Frühgeborenes? nein ja, Geburt in der _____ Schwangerschaftswoche

Hatten Sie Fehlgeburten? nein ja, Geburt in der _____ Woche (wann? _____)

Ist ein Kind gestorben? nein ja, _____

Gibt es weitere wichtige Bezugspersonen des Kindes / der Jugendlichen?

nein ja, _____

Schwangerschaft und Geburt

Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit?

nein ja, seit _____ Jahren

War die Schwangerschaft geplant? nein ja

Gab es gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft?

nein ja, _____

Gab es während der Schwangerschaft seelische Belastungen / Stress / Konflikte etc.?

Praxis für Kinder- und Jugendliche -F nein .herapi ja, _____

Gab es während der Schwangerschaft soziale Belastungen (Berufliches, Umzug etc.)?

nein ja, _____

errechneter Termin

Geburt in der SSW

spontane Geburt Kaiserschnitt

Größe des Kindes

Gewicht des Kindes

Gab es bei der Geburt Komplikationen?

nein ja, _____

Zeigten sich beim Neugeborenen Auffälligkeiten?

nein ja, _____

War die Geburt für Sie eine belastende Erfahrung?

Mutter

nein ja, ein wenig ja, sehr

weil _____

Vater

nein ja, ein wenig ja, sehr

weil _____

Die erste Zeit

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

ja Wochen / Monate

nein, weil _____

Wie haben Sie Ihr Kind in den ersten 12 Wochen in Erinnerung?

besonders ruhig besonders unruhig besonders empfindlich unauffällig

Hatten Sie (die Mutter) in den ersten Wochen Phasen von ...

Traurigkeit Unruhe Erschöpfung Gereiztheit

Müdigkeit Angst und Sorge Überforderungsgefühl _____

Wie haben die Geschwisterkinder (wenn vorhanden) auf das neue Familienmitglied reagiert?

Entwicklung des Kindes

Wann konnte Ihr Kind ...

... krabbeln mit Monaten
... sitzen mit Monaten
... frei laufen mit Monaten
... erste Worte sprechen mit Monaten

Gab es Schwierigkeiten / Auffälligkeiten in der körperlichen bzw. sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes?

nein ja, _____

Gab es Probleme beim Essen?

nein ja, _____

Gab es Schwierigkeiten beim Schlafen (Durchschlafen, Einschlafen, Alpträume etc)?

nein ja, _____

Gab es Besonderheiten in der Reinlichkeitserziehung?

nein ja, _____

sauber **am Tag** mit Monaten trocken **am Tag** mit Monaten
sauber **nachts** mit Monaten trocken **nachts** mit Monaten

Wann begann die Trotzphase? mit Jahren

War sie stark ausgeprägt? nein ja, _____

Hat Ihr Kind am Daumen gelutscht? nein ja

Hatte Ihr Kind einen Schnuller? nein ja

Hatte Ihr Kind einen Lieblingsgegenstand / Kuscheltier?

nein ja, _____

Kleinkindzeit

Wurde Ihr Kind vor dem 3. Lebensjahr regelmäßig von einer anderen Person als Ihnen betreut?

nein ja, seit dem Lebensmonat

Privat Tagesmutter Kindergrippe Krabbelstube _____
 stundenweise halbtags ganztags Tage pro Woche

Gab es Wechsel in der Betreuung?

nein ja, im Lebensmonat

Kindergartenzeit

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht (oder tut es noch)?

nein ja, seit dem Lebensjahr

Wie kamen Mutter und Kind mit dem Übergang in den Kindergarten zurecht?

Gab es Trennungsschwierigkeiten? nein ja

Hatte (hat) Ihr Kind in KiGa Freunde? nein ja

Gab (gibt) es Schwierigkeiten mit anderen Kindern?

nein ja, _____

Gab (gibt) es Schwierigkeiten mit den Erzieherinnen / Erziehern?

nein ja, _____

Haben die Erzieherinnen von Problemen oder Auffälligkeiten berichtet?

nein ja, _____

Schulzeit

Wann wurde Ihr Kind eingeschult? im Alter von Jahren

Hat Ihr Kind eine Vorklasse besucht? nein ja Eingangsstufe

Hat Ihr Kind in der Schule Freunde? nein ja

Bringt es diese auch mit nach Hause? nein ja

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Lehrern?

nein ja, _____

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Mitschülern?

nein ja, _____

Haben Lehrer von Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten berichtet?

nein ja, _____

Gibt es Leistungsprobleme in der Schule?

nein ja, _____

Wurde eine Klasse wiederholt? nein ja, die Klasse

Hat Ihr Kind die Klasse gewechselt? nein ja, in der Klasse

Hat Ihr Kind die Schule gewechselt (abgesehen vom Übergang Grundschule zu weiterführender Schule)?

nein ja, in der Klasse

Besucht Ihr Kind eine Nachmittagsbetreuung?

nein ja, seit der Klasse

Ganztagschule Schülerbetreuung Hort _____
an Tagen pro Woche bis Uhr

Persönliches

Nimmt Ihr Kind an regelmäßigen Freizeitaktivitäten teil?

nein ja, _____

Kann sich ihr Kind gut allein beschäftigen?

nein ja, _____

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? ja nein, zusammen mit _____

Wo schläft Ihr Kind? in eigenen Bett im Bett der Eltern / Mutter / Vater

Wie ist das Zimmer Ihres Kindes ausgestattet?

<input type="checkbox"/> Fernseher	<input type="checkbox"/> Video / DVD-Player
<input type="checkbox"/> Computer	<input type="checkbox"/> Internet
<input type="checkbox"/> Play-Station, Wii	<input type="checkbox"/> Nintendo
<input type="checkbox"/> _____	

Hat Ihr Kind ein eigenes Haustier? nein ja, _____

Gibt es ein Familientier? nein ja, _____

Hat Ihr Kind Freunde, die es mit nach Hause bringt? nein ja

Sind die Freunde eher ...

<input type="checkbox"/> ... jünger	<input type="checkbox"/> ... älter
<input type="checkbox"/> ... gleichaltrig	<input type="checkbox"/> ... erwachsen

Hat Ihre Tochter einen festen Freund? nein ja

Hat Ihr Sohn eine feste Freundin? nein ja

Wie viel Taschengeld bekommt Ihr Kind? Euro pro Woche / Monat

Großeltern

von der **Mutter** zu beantworten

vom **Vater** zu beantworten

Lebt Ihre Mutter noch?

nein ja

nein ja

Wenn nein, wann starb sie?

Was ist oder war sie von Beruf?

Wie ist oder war ihr Verhältnis zur Mutter?

Lebt Ihr Vater noch?

nein ja

nein ja

Wenn nein, wann starb er?

Was ist oder war er von Beruf?

Wie ist oder war ihr Verhältnis zum Vater?

Haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern?

nein ja

nein ja

Hat Ihr Kind Kontakt zu seinen Großeltern?

nein ja

nein ja

Wie viele Geschwister haben sie?

Ist eines Ihrer Geschwister bereits verstorben?

nein ja

nein ja

Gibt es in Ihrer Familie schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen?
Wenn ja; was bei wem?

nein ja

nein ja

Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen?
Wenn ja; was bei wem?

nein ja

nein ja

Gibt es in Ihrer Familie besondere Belastungen oder Ereignisse, die Sie und Ihre Verwandten stark geprägt haben?

nein ja

nein ja

Allgemeines

Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt?

Wohnen außer ihrer Familie noch weitere Verwandte oder Freunde in ihrem Haushalt?

nein ja, _____

Leben Sie in einem Haus oder einer Wohnung?

Wie viel Quadratmeter stehen Ihnen etwa zur Verfügung? qm

Gab es eine längere Trennung zwischen Kind und Eltern bzw. Mutter oder Vater?

nein ja, _____

Gehen Sie (die Mutter) wieder arbeiten?

nein ja, seit

halbtags ganztags

Gehören Sie einer Religionsgemeinschaft an?

nein ja, _____

Spielt Religion oder Kirche eine Rolle in ihrer Familie?

nein ja, _____

Krankheitsanamnese

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? _____

Wurde Ihr Kind schon einmal stationär behandelt und / oder operiert?

nein ja, wegen _____

Wie alt war es da? Jahre

Wie lange dauerte der Krankenhausaufenthalt? Tage / Wochen / Monate

Konnte eine Bezugsperson anwesend sein?

nein ja _____

Hatte Ihr Kind einen Unfall / größere Verletzungen?

nein ja, _____

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente? nein ja, _____

Wurden bei Ihrem Kind Entwicklungsverzögerungen / Behinderungen diagnostiziert?
 nein ja, _____

Hatte Ihr Kind bereits eine der nachfolgenden Behandlungen?

- | | | | | |
|---|-----|----------------------|-----|----------------------|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Logopädie | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> _____ | von | <input type="text"/> | bis | <input type="text"/> |

Rechtliches

Wenn Eltern das gemeinsame Sorgerecht haben, müssen beide Elternteile mit der therapeutischen Behandlung einverstanden sein.

Dabei ist es unerheblich, ob die Eltern zusammenleben, verheiratet oder geschieden sind.

Mit Beginn der Therapie ist der Elternteil, der das Kind angemeldet hat, dazu verpflichtet, den anderen Elternteil über die Behandlung zu informieren und sein Einverständnis einzuholen.

Sind beide Elternteile darüber informiert, dass eine Therapie angedacht ist?

ja nein

Sind beide Elternteile mit der Therapie einverstanden?

ja nein

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt? _____

Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt? _____

Zum guten Schluss

Mutter

Vater

Was belastet Sie im Zusammensein mit Ihrem Kind am meisten?

Was schätzen Sie an Ihrem Kind am meisten?
