



Gab es bisher andere Therapien oder andere Hilfen?

(z. B. Ergo-, oder Physiotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Diagnostik durch einen Kinder- und Jugendpsychiater, Klinikaufenthalt, Jugendhilfeangebote/Erziehungsberatung). Wenn Ja, bitte Name des Behandlers nennen und Zeitraum angeben.

Familienanamnese

Wer ist sorgeberechtigt?

- Eltern haben gemeinsames Sorgerecht
- Mutter ist allein sorgeberechtigt
- Vater ist allein sorgeberechtigt

bei getrennt lebenden Eltern mit gemeinsamen Sorgerecht:

Name, Adresse und Telefonnr. des anderen sorgeberechtigten Elternteils:

- Sonstige (Name, Adresse, Telefon)

Angaben zu den Eltern

Mutter:	Vater:
Name:	Name:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Schulabschluss:	Schulabschluss:
Ausbildung/Studium:	Ausbildung/Studium:
Ausgeübter Beruf (Umfang):	Ausgeübter Beruf (Umfang):
Tägliche Arbeitszeit von-bis:	Tägliche Arbeitszeit von-bis:
Erkrankungen der Mutter:	Erkrankungen des Vaters:
Psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenien, Alkoholsucht, Depressionen)?	Psychische Erkrankungen (z.B. Schizophrenien, Alkoholsucht, Depressionen)?
Erkrankungen in der Familie (z.B. Großeltern)?	Erkrankungen in der Familie (z.B. Großeltern)?



Familienstand:

Verheiratet, seit wann: _____

Lebensgemeinschaft, seit wann: _____

Sind Sie getrennt lebend, geschieden, wiederverheiratet, verwitwet? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wenn ja, seit wann: _____

Wenn ja, Vater/ Mutter? _____

Bitte Zutreffendes unterstreichen:

Starke Disharmonie und Zwietracht, häufige Missverständnisse und Streit; „normale Ehe“; gute Harmonie und selten Streit; fast völlige Harmonie und Übereinstimmung

Familieneinkommen:

Das Familieneinkommen erscheint Ihnen (Zutreffendes bitte unterstreichen):

Nicht ausreichend; gerade eben ausreichend; befriedigend; gut

Angaben zu den Geschwistern des Kindes (bitte auch Angaben zu Stief-/Halb- und Adoptivgeschwistern):

Name:	Name:	Name:	Name:
geb. am:	geb. am:	geb. am:	geb. am:
Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:	Kindergarten/Schule:
Wohnt zu Hause?	Wohnt zu Hause?	Wohnt zu Hause?	Wohnt zu Hause?

Wohnsituation

Wer wohnt mit dem Kind zusammen? _____

Wie wohnen Sie (Wohnung, Mehrfamilienhaus, freistehendes Haus, wer wohnt alles in der gemeinsamen Wohnung...)?

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? Hat das Kind ein eigenes Bett?

JA/ NEIN

Falls Eltern getrennt leben:



Wie oft besucht das Kind den getrennt lebenden Elternteil?

Gibt es einen sozialen Vater oder eine soziale Mutter? Wenn JA, seit wann?

Gibt es noch weitere Bezugspersonen von dem das Kind regelmäßig betreut wird? Wenn ja, wie oft?

Mit welchen Geschwistern teilt das Kind sein Zimmer?

Schwangerschaft

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

(wie z.B. Erbrechen, Blutungen, Röteln, Toxoplasmose, Diabetes, erhöhter Blutdruck, Nierenerkrankung, Krampfanfälle, Ohnmacht, andere)

Welche der folgenden Aussagen trifft auf Ihre Schwangerschaft zu (bitte ankreuzen):

- Operationen
- Rauchen
- Alkohol/ Drogen
- Medikamente
- seelische Belastungen

Fallen in die Schwangerschaft weitere Erkrankungen oder seelische Belastungen?

Wenn ja, welche? _____

Wurde vor der Schwangerschaft des Kindes eine Schwangerschaftsunterbrechung durchgeführt?

JA/ NEIN

Handelte es sich um eine Frühgeburt?

JA/NEIN

Wenn ja, Anzahl der Tage: _____

Handelte es sich um eine Übertragung?

JA/NEIN

Wenn ja, Anzahl der Tage: _____

War die Schwangerschaft erwünscht?

JA/NEIN

Gab es Komplikationen während der Geburt (bitte ankreuzen)?

- Sauerstoffmangel:
- Frühgeburt:
- Zangengeburt:



- Saugglocke:
- Kaiserschnitt:
- Steißgeburt:
- Verschlechterung der Herztöne:
- Nabelschnurumschlingung:

Gewicht: _____ g Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm APGAR-Wert: _____

(Diese Angaben finden Sie im gelben Untersuchungsheft)

Neugeborenperiode

Gab es Auffälligkeiten, wie:

- Gelbsucht
- Phototherapie im Zeitraum: _____
- Anpassungsstörungen
- Frühchen
- Atmungsprobleme
- Beatmung
- Wärmebettchen
- Sepsis / Infektion des Neugeborenen

Sonstiges (bitte beschreiben):

Säuglingsperiode

Haben Sie ihr Kind gestillt?

JA/ NEIN

Wenn Ja, wie lange? _____

War das Kind ein:

- „Schreikind“
- ruhiges Kind

Frühkindliche Entwicklung

Das Kind konnte alleine sitzen mit _____ Monaten

Das Kind konnte allein stehen mit _____ Monaten

Das Kind konnte allein gehen mit _____ Monaten

Das Kind sprach die ersten Worte mit _____ Monaten

Das Kind sprach die ersten Zweiwortsätze mit _____ Monaten



Traten bei dem Kind in den ersten Lebensjahren Sprachstörungen (Stottern, Lispeln, usw.) auf?

JA/NEIN

Wenn ja, welche Sprachauffälligkeiten?

Die Sauberkeitserziehung begann mit _____ Monaten

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung (wann war Ihr Kind tagsüber und nachts trocken)?



Bitte stufen Sie das Temperament und Verhalten des Kindes in den ersten drei bis vier Lebensjahren ein:

Motorisch unruhig, immer in Bewegung	JA/NEIN
Verletzte sich viel	JA/NEIN
Kopfworfen, Wiegen mit dem Körper (vor allen Dingen vor dem Einschlafen)	JA/NEIN
Ungeschickt mit den Händen und Armen	JA/NEIN
Sehr ruhig, bewegungsarm	JA/NEIN
Linkshänder	JA/NEIN
Einschlafstörungen	JA/NEIN
Durchschlafstörungen, nachts viel geschrien	JA/NEIN
Angsträume, Schlafwandeln	JA/NEIN
Ernährungsstörungen	JA/NEIN
Nägelkauen	JA/NEIN
Daumenlutschen	JA/NEIN
Haare ausreißen	JA/NEIN
Trotzanfälle	JA/NEIN
Gehemmt, unsicher, ängstlich	JA/NEIN
Unselbstständig, sucht viel die Nähe der Mutter	JA/NEIN
Sucht viel Körperkontakt: „klammer Äffchen“	JA/NEIN
Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig	JA/NEIN
Ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden	JA/NEIN
Eifersüchtig	JA/NEIN
Häufig kränkelnd	JA/NEIN
Wenig spielfreudig, musste immer angeleitet werden	JA/NEIN

Andere Auffälligkeiten



Was war Ihnen in der Entwicklung Ihres Kindes in den ersten drei bis vier Jahren positiv aufgefallen? Über welche Entwicklungsfortschritte hatten Sie sich besonders gefreut? Was mochten Sie besonders an Ihrem Kind?

Gesundheitszustand

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind (z.B. Röteln, Windpocken)?

Wogegen ist Ihr Kind geimpft? (Diese Angabe finden Sie in dem Impfpass Ihres Kindes)

Gibt es sonstige bekannte Krankheiten?

Gab es jemals auffällige Untersuchungsbefunde in Bezug auf Hören oder Sehen?

Sind Allergien bekannt?

Nimmt Ihr Kind Medikamente? Wenn ja, welche?



Gab es jemals einen Krampfanfall / Fieberkrampf / epileptischen Anfall?

Wurde Ihr Kind jemals operiert? Wenn ja, wann und warum?

Gab es einen Krankenhausaufenthalt? Wenn ja, wann und warum?

Gab es Unfälle? Wenn ja, wann und welche?

Kindergarten

Hat das Kind einen Kindergarten besucht bzw. besucht es derzeit einen Kindergarten?

JA/ Nein

Wenn nein, weshalb nicht:

Wenn ja, Eintritt in den Kindergarten mit _____ Jahren

Ende des Kindergartenbesuchts mit _____ Jahren

Ging das Kind gerne in den Kindergarten

JA/NEIN

Ging das Kind regelmäßig in den Kindergarten?

JA/NEIN

Hat das Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten gehabt?

JA/NEIN



Wurden von dem/r Kindergärtnerinnen oder von Ihnen auffällige Verhaltensweisen des Kindes im Kindergarten beobachtet? (z.B. starke Unruhe, Aufmerksamkeitsstörung, aggressives Verhalten gegenüber Erziehern/ Kindern, Trennungsangst, Kontaktstörungen)

Wen ja, welche

Schule

Die Einschulung des Kindes erfolgte mit _____ Jahren

Wurde das Kind zurückgestellt?

JA/NEIN

Hatte da Kind bei der Einschulung starke Eingewöhnungsschwierigkeiten

JA/NEIN

Das Kind befindet sich jetzt in der _____ Klasse

Ort und Name der Schule und des Klassenlehrers

Wie sind die schulischen Leistungen des Kindes? (Bitte Zutreffendes unterstreichen)

sehr gut/ gut/ befriedigend/ ausreichend/ mangelhaft

Welche besonderen Lernschwierigkeiten hat(te) das Kind?

Ist das Verhältnis zu den Schulkammeraden gestört??

Wenn ja, inwiefern?

Welche der folgenden Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten haben Sie bei Ihrem Kind im Schul- bzw. Leistungsbereich beobachtet?

Lese- Rechtschreibschwäche

von _____ bis _____ Jahren

Rechenschwäche

von _____ bis _____ Jahren

Konzentrationsstörungen

von _____ bis _____ Jahren

Starke Leistungsschwankungen

von _____ bis _____ Jahren

Leistungsverweigerung

von _____ bis _____ Jahren



Mangelnde Leistungsmotivation	von _____ bis _____ Jahren
Schulschwänzen	von _____ bis _____ Jahren
Fehlt oft wegen Krankheit	von _____ bis _____ Jahren
Ausgeprägt Angst vor Versagen	von _____ bis _____ Jahren
Übermäßiger Ehrgeiz	von _____ bis _____ Jahren
Übergenau, zugewissenhaft	von _____ bis _____ Jahren

Freizeit

Spielverhalten des Kindes: (mehrere Antworten möglich)

Es kann nicht verlieren	JA/NEIN
Es hält sich nicht an die Regeln	JA/NEIN
Es bleibt nur kurze Zeit bei einer Sache	JA/NEIN
Es muss immer zum Spiel angehalten werden	JA/NEIN
Es spielt nur sehr selten allein	JA/NEIN
Es zerstört oft mutwillig Spielzeug	JA/NEIN
Es ost oft ungeschickt	JA/NEIN
Es hat wenig Ausdauer	JA/NEIN
Es entwickelt wenig Phantasie beim Spiel	JA/NEIN
Es ist noch sehr verspielt	JA/NEIN
Es räumt seine Spielsachen zu wenig auf	JA/NEIN
Es spielt überhaupt zu selten	JA/NEIN

Das Kind betreibt folgende Sportarten:

Das Kind betreibt folgende Hobbies:

Erziehung

Welche der folgenden Erziehungsmaßnahmen üben Sie aus?

(Bitte Zutreffendes unterstreichen, mehrere Angaben möglich)



Lob- Tadel- Taschengeldentzug- Zimmerarrest- Hausarrest- Schimpfen- gelegentlich eine Ohrfeige- ab und zu Prügel- Schenken von Spielzeug- Belohnung mit Geld- Belohnung mit Süßigkeiten- Fernsehverbot- Strafarbeiten- andere Erziehungsmaßnahmen:

Verhältnis zu den Geschwistern:

Mit welchem seiner Geschwister bestehen Schwierigkeiten? _____

Was für Probleme sind das?

Hat das Kind auf die Geburt von Geschwistern mit Eifersucht reagiert?

JA/NEIN

Wie ist das Verhältnis zu den Eltern? _____

Was für Probleme sind zu beobachten?



Verhaltens- und Persönlichkeitseinstufung Ihres Kindes in den letzten 6 Monaten?

Das Kind ist in seiner Sprache hastiger und unverständlicher als andere Kinder	JA/ NEIN
Es verschluckt Silben und Worte	JA/ NEIN
Es kann bestimmte Buchstaben nicht aussprechen	JA/ NEIN
Es hat Schwierigkeiten bei der Satzbildung	JA/ NEIN
Es redet sehr wenig, ausgesprochen mundfaul	JA/ NEIN
Es redet sehr viel. Oft kaum zu unterbrechen	JA/ NEIN
Es ist in seinen Bewegungen unruhiger als andere	JA/ NEIN
Es ist in seinen Bewegungen langsamer und schwerfälliger als andere	JA/ NEIN
Es schlenkert beim Gehen und Laufen übermäßig mit den Armen und Beinen	JA/ NEIN
Es fällt häufiger hin als andere	JA/ NEIN
Es stolpert häufig beim Laufen und Gehen	JA/ NEIN
Es greift oft daneben	JA/ NEIN
Es kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben	JA/ NEIN
Es ist besonders schwunglos und langsam	JA/ NEIN
Es beißt an die Lippen	JA/ NEIN
Es kaut an den Nägeln	JA/ NEIN
Es führt oft Bewegungen aus, die es nicht unterdrücken kann oder die es anhaltend wiederholt, z.B. Augenzwinkern	JA/ NEIN
Bewegungen (Zucken mit dem Mund)	JA/ NEIN
Eigenartige Bewegungen mit den Armen und Beinen	JA/ NEIN
Schnüffeln, Töne von sich geben	JA/ NEIN
Es verletzt sich sehr leicht und oft	JA/ NEIN
Es ist leichter reizbar als andere Kinder	JA/ NEIN
Es kneift, kratzt oder beißt häufiger andere Kinder	JA/ NEIN
Es stört oft andere bei deren Beschäftigung	JA/ NEIN
Es gerät öfters ohne richtigen Anlaß in Wut	JA/ NEIN
Es ist rücksichtslos gegenüber anderen	JA/ NEIN
Es neigt zu Gewalttätigkeiten	JA/ NEIN
Es will immer im Mittelpunkt stehen	JA/ NEIN
Es neigt zu Zorn- und Wutausbrüchen	JA/ NEIN



Es ist leicht ablenkbar, unkonzentriert	JA/ NEIN
Es hört kaum zu, wenn man mit ihm redet	JA/ NEIN
Es ist leicht ermüdbar	JA/ NEIN
Es bleibt schwer bei einer Sache	JA/ NEIN
Es erkennt zu wenig Gefahren, ist tollkühn	JA/ NEIN
Es vergisst sehr schnell Aufträge, die man ihm erteilt	JA/ NEIN
Es arbeitet in der Schule nur flüchtig und ungenau	JA/ NEIN
Es macht die Schularbeiten fast nur unter Anleitung	JA/ NEIN
Es ist sehr ängstlich	JA/ NEIN
Es ist gehemmt	JA/ NEIN
Es ist sehr wehleidig und empfindsam	JA/ NEIN
Es ist ein Einzelgänger	JA/ NEIN
Es redet mit jedem, ist fast zu ungezwungen	JA/ NEIN
Es ist zu wenig selbständig	JA/ NEIN
Es wird durch Misserfolge sehr leicht entmutigt	JA/ NEIN
Es kann sich zu wenig durchsetzen	JA/ NEIN
Es ist in seinen Stimmungen und Launen sehr wechselhaft	JA/ NEIN
Es ist oft so ausgelassen, dass es kaum zur Ruhe zu bekommen ist	JA/ NEIN
Es ist häufig gedrückter Stimmung, sehr ruhig	JA/ NEIN
Es überschätzt seine Fähigkeiten	JA/ NEIN
Es ist schwieriger zu erziehen als andere Kinder	JA/ NEIN

Welche der folgenden Beschwerden, Behinderungen und Probleme lagen bei ihrem Kind vor, oder bestehen noch heute. Tragen Sie bitte auch das jeweilige Alter ein, also z.B. mit 4 bis 7 Jahren“. Bei wiederholtem Auftreten eines Problems tragen Sie bitte z.B. ein: „mit 5-6 sowie 10-13 Jahren“.

Einnässen	mit _____ Jahren
Einkoten	mit _____ Jahren
Essstörungen	mit _____ Jahren
Daumenlutschen	mit _____ Jahren
Nägelkauen	mit _____ Jahren
Lippenbeißen	mit _____ Jahren
Zähneknirschen	mit _____ Jahren



Schlafstörungen	mit _____ Jahren
Angsträume, Schlafwandeln	mit _____ Jahren
Tagträume, gedankenverloren	mit _____ Jahren
Feuchte Hände	mit _____ Jahren
Erröten	mit _____ Jahren
Kopfschmerzen	mit _____ Jahren
Bauchschmerzen	mit _____ Jahren
Sehfehler	mit _____ Jahren
Hörfehler	mit _____ Jahren
Sprachstörungen, Stottern	mit _____ Jahren
Zahn- und Kieferauffälligkeiten	mit _____ Jahren
Bewegungsstörungen, -körperbehinderung	mit _____ Jahren
Starke Entwicklungsverzögerungen, geistige Behinderung	mit _____ Jahren
Linkshändigkeit	mit _____ Jahren
Bewegungsunruhe, immer zappelig	mit _____ Jahren
Ticartige Bewegungen (Augenzwinkern, Zucken mit dem Mund, Töne von sich geben)	mit _____ Jahren
Kopfwerfen, Wiegen mit dem Körper	mit _____ Jahren
Zwanghaftes Wiederholen bestimmten Verhaltens	mit _____ Jahren
Allergien	mit _____ Jahren
Krämpfe, Anfallsleiden	mit _____ Jahren
Erbrechen, Übelkeit	mit _____ Jahren
Atemstörungen, Asthma	mit _____ Jahren
Herz-und Kreislaufbeschwerden	mit _____ Jahren
Übergewicht	mit _____ Jahren
Übergröße	mit _____ Jahren
Trotz- und Oppositionshaltung	mit _____ Jahren
Diebstähle, unerlaubtes Wegnehmen	mit _____ Jahren
Weglaufen	mit _____ Jahren
Schulschwänzen	mit _____ Jahren



Schulangst	mit _____ Jahren
Schwindeln, Lügen	mit _____ Jahren
Selbstmordäußerungen	mit _____ Jahren
Selbstmordversuch	mit _____ Jahren
Feuerlegen, Zündeln	mit _____ Jahren
Übertriebene Onanie	mit _____ Jahren
Andere sexuelle Auffälligkeiten	mit _____ Jahren
Ordnungsdrang, übergenau	mit _____ Jahren
Übertriebener Ehrgeiz	mit _____ Jahren
Ausgeprägt depressiv	mit _____ Jahren
Ängstlichkeit, Minderwertigkeitsgefühle	mit _____ Jahren
Eifersucht	mit _____ Jahren
Kontaktstörungen	mit _____ Jahren
Spezielle Ängste vor bestimmten Dingen und Tieren	mit _____ Jahren
Rauchen	mit _____ Jahren
Alkohol	mit _____ Jahren
Drogenmissbrauch	mit _____ Jahren

Weitere Auffälligkeiten, die nicht erwähnt wurden und Ihnen wichtig sind:

FÜR JUGENDLICHE

Berufsausbildung

Liegt ein Schulabschluss oder ein Abgangszeugnis vor, wenn ja welcher/welches?



Wird derzeit eine Berufsausbildung/Studium absolviert?

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert?

Sonstige Fragen

Ist Ihr Kind zur Zeit anderweitig in kinder-und jugendpsychiatrischer Behandlung oder in einem sozialpsychiatrischen Zentrum (SPZ) angebunden?

Wie stark sind Sie aufgrund der oben beschriebenen Probleme belastet (garnicht, leicht, mäßig, stark, sehr stark)?

Welche Erwartungen/Wünsche haben Sie an die Behandlung in unserer Praxis?

Wir danken Ihnen herzlich für das Ausfüllen des Fragebogens!