



Elternfragebogen

Liebe Eltern/ Bezugspersonen,

im Folgenden bitte ich Sie, den Elternfragebogen so genau und ausführlich wie möglich zu beantworten. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden datenschutzkonform aufbewahrt.

KIND / JUGENDLICHER	
Vor- und Nachname:	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Nationalität	
Adresse	
Geschwisterzahl	<input type="checkbox"/> Einzelkind
Kind lebt bei	<input type="checkbox"/> Leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> Wohngruppe <input type="checkbox"/> Leiblichem Vater <input type="checkbox"/> _____
Zutreffendes ausfüllen Aktuelle Schulart (Grundschule, Realschule, etc.): Klasse: Ausbildung: Beruf:	Fragebogen ausgefüllt am: Ausgefüllt von: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> andere

Praxis am Wald

M.Sc.-Psych. Michael Schubert
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (VT)
Am Wald 7
66787 Wadgassen



06834/9561350



06834/9618620



info@michaelschubert.saarland

VORSTELLUNGSANLASS UND PROBLEMBEREICHE

Vorstellungsgrund:

Seit wann bestehen die Probleme?

Worüber machen Sie sich bei Ihrem Kind am meisten Sorgen?

GESCHWISTER	1	2	3	4	5
Vor- und Nachname					
Alter					
Halbgeschwister Stiefgeschwister					
Klasse; Schulart oder Schulabschluss Ausbildung/Beruf					
Gibt es Probleme, Auffälligkeiten, oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?					
Lebt mit dem Kind/Jugend- lichen im gleichen Haus- halt (ja/nein)					

KONTAKTDATEN ELTERN

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon (Festnetz)		
Handy		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Schulabschluss		
Ausbildungsabschluss		
Berufstätig als		
Arbeitsumfang		
Sorgerecht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

LEBENSITUATION DER ELTERN

<input type="checkbox"/> zusammen lebend, seit: _____ <input type="checkbox"/> verheiratet, seit: _____ <input type="checkbox"/> getrennt lebend, seit: _____	<input type="checkbox"/> geschieden, seit: _____ <input type="checkbox"/> andere Familienkonstellation: _____
---	--

GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE

	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		
Zusammenlebend seit		
Schulabschluss		
Ausbildungsabschluss		
Berufstätig als		
Arbeitsumfang		

Art, Dauer und Umfang der Hilfen durch das Jugendamt (Bsp.: Familienhilfe, seit 2014, 8h/Woche):

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE DES KINDES

VERLAUF IN DER SCHWANGERSCHAFT	Wievielte Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> ____
	Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft (ungeplante Schwangerschaft, Todesfälle, Trennung, Umzug, etc.):
	Komplikationen im Schwangerschaftsverlauf (Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankenhausaufenthalt etc.):
	Risikofaktoren (z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen):
GEBURT	Schwangerschaftswoche der Entbindung:
	Alter der Mutter bei Geburt:
	Verlauf / Komplikationen während der Geburt:
VERLAUF NACH DER GEBURT	Komplikationen nach der Geburt:
	Wurde ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bis zum _____ Lebensmonat

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Wie hat sich ihr Kind als Säugling entwickelt? (Essverhalten / Gewichtsentwicklung / Wachstum etc.):

MEILENSTEINE DER ENTWICKLUNG

ALTER IN MONATEN	Alleine sitzen	Alleine stehen	Frei laufen
	Sprachliche Entwicklung des Kindes		
	Erste Worte sprechen	Einfache Sätze bilden	
	Sauberkeitsentwicklung des Kindes		
	Trocken / sauber tagsüber	Trocken / sauber nachts	Rückfälle

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen?

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

- unauffällig entwickelt
 langsamer entwickelt
 rascher entwickelt

KINDERGARTENZEIT

Besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

ja, Eintrittsalter: Jahre Monate

nein, weil:

Gab es bei der Eingewöhnung im Kindergarten Probleme (Trennungsängstlichkeit)?

nein ja, welche:

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den anderen Kindern zurecht?

Wie kommt / kam Ihr Kind im Kindergarten mit den ErzieherInnen zurecht?

Gibt / gab es im Kindergarten Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?

nein ja, welche:

Wie gerne geht / ging Ihr Kind in den Kindergarten?

sehr gerne gerne mittel nicht so gerne sehr ungern

Gab es einen Kindergartenwechsel?

nein ja, wann (Jahr; Alter des Kindes), warum:

SCHULISCHE ENTWICKLUNG

Wann wurde Ihr Kind eingeschult?

Schuljahr: Alter des Kindes: Jahre Monate

Welche Klasse besucht Ihr Kind aktuell?

Klasse: Schulart:

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?

nein ja, welche:

Kam es zu Umschulungen?

nein ja, wann (Klassenstufe) und welche:

Welche Schulen hat Ihr Kind bisher besucht?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Grundschulförderklasse | <input type="checkbox"/> Hauptschule |
| <input type="checkbox"/> Regelgrundschule | <input type="checkbox"/> Werkrealschule |
| <input type="checkbox"/> BBZ | <input type="checkbox"/> Realschule |
| <input type="checkbox"/> Sprachheilschule | <input type="checkbox"/> Gemeinschaftsschule |
| <input type="checkbox"/> Förderschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium |
| | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung Ihres Kindes in der Schule?

überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes:

zufrieden meistens zufrieden selten zufrieden unzufrieden

Hat ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in umschriebenen Teilbereichen?

nein ja, in welchen Bereichen (Bsp.: Rechnen, Lesen, Rechtschreibung):

Wurde bereits eine Diagnose gestellt?

nein ja, welche, wann:

Wie würden Sie das Sozialverhalten Ihres Kindes in der Schule beschreiben?

BELASTENDE LEBENSEREIGNISSE FÜR DAS KIND

Bitte beschreiben (z. B. Trennungserfahrungen, Tod wichtiger Bezugspersonen, Geburt von Geschwistern, Scheidung der Eltern, etc.)

FREIZEITVERHALTEN UND FAMILIENALLTAG

Wie häufig...

	Jeden Tag	Etwa 3 - 5 Mal pro Woche	Etwa 1 - 2 Mal pro Woche	Seltener	Nie
...spielt Ihr Kind im Freien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...ist Ihr Kind in regelmäßige Freizeitaktivitäten eingebunden (Sportverein, Gemeinde, Musikinstrument, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welchen regelmäßigen Freizeitaktivitäten geht ihr Kind nach (Bsp.: Fußball, Chor, Pfadfinder, etc.):

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind täglich mit Medien?

	Weniger als 1 Stunde.	Etwa 1 - 2 Stunden	Etwa 3 - 4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy / Smartphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Computer / Tablet / Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Playstation / Wii / Konsole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind insgesamt mit elektronischen Medien (TV, PC, Tablet, Handy, etc.)					
Montag bis Freitag:	Stunden	Wochenende:	Stunden		
KRANKHEITEN					
Welche Krankheiten hatte Ihr Kind bisher?					
Chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Asthma, seit: _____ Medikation: _____ <input type="checkbox"/> andere: _____ seit: _____ Medikation: _____				

ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER FAMILIE					
	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Oma (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Opa (mütterlicher-/ väterlicherseits)	Sonstige Verwandte
Welche körperlichen/ psychischen Erkrankungen gibt es in der Familie?					

Gibt es Dinge, die bisher nicht angesprochen wurden, aber wichtig sein könnten, um die Problematik besser zu verstehen?

nein ja, welche:

Vielen Dank!