

Elternfragebogen

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen sorgfältig durch und füllen ihn möglichst vollständig aus. Ihre Angaben dienen als vorläufige Information und sollen den Einblick in die Lebensgeschichte Ihres Kindes erleichtern. Alle Ihre Angaben unterliegen der therapeutischen Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Personalien des Kindes:

Vorname: _____ Nachname: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Das Kind wohnt bei (ankreuzen):

Leibl. Vater u. leibl. Mutter

Leibl. Mutter Leibl. Vater

(weder noch, sondern bei) _____

Das Sorgerecht liegt bei: _____

Krankenkasse des Kindes (mit Adresse):

Versicherungsnummer: _____

Versichert über: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

Sonstige bisher betreuende Ärzte/Beratungsstellen/Therapeuten:

Personalien der Eltern:

(Vor- u. Nach-)Name der Mutter: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.Ort: _____

Konfession: _____ Ausbildung: _____

Schulabschluss: _____

Aktuelle berufliche Tätigkeit: _____

(Vor- u. Nach-)Name des Vaters: _____

Geb.-Datum: _____ Geb.Ort: _____

Konfession: _____ Ausbildung: _____

Schulabschluss: _____

Aktuelle berufliche Tätigkeit: _____

Eltern sind

- verheiratet getrennt lebend geschieden

Andere wichtige Bezugspersonen (z.B. neue Lebenspartner): _____

Geschwister:

Vorname	Nachname	Geb.-Datum	Kiga/Schule/Beruf

Das Kind war in einem **Internat, Heim/Pflegefamilie** usw. untergebracht:

Nein

Ja, von _____ bis _____

Wo: _____

Die Familie wird betreut:

Nein

Ja, vom

Jugendamt

Sozialamt

Gesundheitsamt

Sachbearbeiter/in: _____

Die **Schwangerschaft** war normal: Ja Nein, wegen (z.B. Nierenerkrankung, Kreislaufkollaps, starkes Schwangerschaftserbrechen, Gewichtsabnahme, sehr starke Gewichtszunahme, Unfall, psychische Belastung, drohende Fehlgeburt)_____

Die **Geburt** war normal: Ja Nein, wegen (z.B. Dauer?, Steißlage, vorzeitiger Blasensprung, Infektion, Kaiserschnitt, Saugglocke, Wehenschwäche)_____

Das Kind war **nach der Geburt** unauffällig: Ja Nein, wegen (z.B. blaue oder weiße Verfärbung, fehlende Atemtätigkeit, Nabelschnurumschlingung, Herzstillstand, Gelbsucht, Trinkstörungen, Verlegung in Kinderklinik/Brutkasten)_____

Die **körperliche Entwicklung** des Kindes war normal: Ja Nein_____

Sitzen mit _____Monaten Laufen mit _____Monaten

Die **sprachliche Entwicklung** war normal: Ja Nein_____

Erste Wörter mit _____Monaten

Das Kind spricht heute altersentsprechend: Ja Nein, wegen (z.B. spricht wenig, unverständlich, stottert, vertauscht Buchstaben, lispelt)_____

Die Ernährung des Kindes war bislang normal: Ja Nein, wegen (z.B. Trink-/Essschwierigkeiten, Wählerischsein, erbricht, neigt zu Durchfällen) _____

Sauberkeitsentwicklung:

Das Kind ist wann trocken geworden? _____

Das Kind ist wann sauber geworden? _____

Hat das Kind wieder eingenässt/eingekotet nachdem es längere Zeit trocken/sauber war?

Nein Ja (Beschreibung)

Das Kind hat einen normalen **Schlaf**: Ja Nein, _____

Hat das Kind einmal **Krämpfe** gehabt: Nein Ja (z.B. Zahnkrämpfe, Fieberkrämpfe, epileptische Anfälle) _____

Hatte das Kind einmal eine **Schädel-/Hirnverletzung/Entzündung des Gehirns**? : Nein
 Ja, _____

Hat das Kind **chronische Erkrankungen** (z.B. Herzfehler, Asthma, Allergien, Störung der Hirnentwicklung)? Nein Ja _____

Sind Ihnen in der **Familie Krankheiten** bekannt, die gehäuft aufgetreten sind z.B. Zuckerkrankheit, Anfallsleiden, Muskelschwäche, Nervenkrankheiten, psychische Erkrankungen, Erschöpfungszustände)? Nein Ja, _____

Nimmt Ihr Kind aktuell **Medikamente**? Ja Nein

Ja, welche?

Gab es früher eine regelmäßige Behandlung mit Medikamenten?

Gab es **Krankenhausaufenthalte** Ihres Kindes?

Kindergartenbesuch von _____ bis _____ in (Kiga mit Adresse)

Schulbesuch

Altersentsprechende Einschulung Ja Nein

Zurückstellung: _____

Umschulung: _____

Jetzige Schulform: _____

Jetzige Schuladresse: _____

Telefon: _____

Klassenlehrer/in: _____

Klasse: _____

Das Klassenziel wurde immer erreicht: Ja Nein. Das Kind hat welche Klasse/n wiederholt? _____

Besondere Stärken in Schulfächern:

Besondere Schwächen in Schulfächern:

Freizeit:

Was macht das Kind in einer Freizeit?

Vorstellungsanlass:

Schildern Sie, warum Ihr Kind bei der Therapeutin vorgestellt wird:

Wo treten die Auffälligkeiten auf? Seit wann bestehen die Auffälligkeiten?

Welche Behandlungen/Unterstützungen gab oder gibt es? Seit wann?
