

Name des Kindes: Geburtsdatum:

Sozialversicherungsnummer: Hausarzt:

Adresse:

Telefon: Mail:

ELTERNFRAGEBOGEN

Mutter: Alter: Beruf:

Adresse:

Sozialversicherungsnummer: Beschäftigungsverhältnis:

Telefon: Mail:

Vater : Alter: Beruf:

Adresse:

Sozialversicherungsnummer: Beschäftigungsverhältnis:

Telefon: Mail:

Ersatzeltern/ sonstige Bezugspersonen

..... Alter: Beruf:

..... Alter: Beruf:

Familienstand: o verheiratet o getrennt o Lebensgemeinschaft

Geschwister (Name und Alter):

(auch Halb-/Stiefgeschwister)

.....

.....

Personen im gemeinsamen Haushalt:

Wohnsituation (Haus/Wohnung/Betreuung durch das Jugendamt/Heim/Wohngemeinschaft):

.....

Wer hat die **Obsorge** des Kindes?

Vorstellungsgrund (Bitte geben Sie möglichst detailliert an, warum Sie eine Untersuchung wünschen!):

.....
.....
.....
.....
.....

Entwicklung:

- Schwangerschaft geplant: ja nein
Schwangerschaft erwünscht: ja nein
Verlauf der Schwangerschaft: unauffällig auffällig Welche Schwierigkeiten?
 Erbrechen Blutungen Gestose Infektion psychische Belastung Sonstiges

.....
.....

Geburt: Schwangerschaftswoche

- unauffällig auffällig Welche Schwierigkeiten? Wehenstillstand lange Dauer
 Zangen oder Saugglockengeburt Kaiserschnitt? Notsectio geplante Sectio

Geburtsgewicht: g Größe: cm Kopfumfang: cm

APGAR: / /

Komplikationen nach der Geburt:

Kind:

Mutter:

Ernährung:

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

- Ja von bis
- Nein, wegen

Wurden Veränderungen im Nahrungsaufnahme-Verhalten/Appetit /Gewichtsschwankungen bemerkt?

.....

..... Alter

..... Alter

Erkrankungen in der Familie:

.....

Psychische Erkrankung in der Familie:

.....

Versuchte oder vollendete Suizide in der Familie:

.....

Kindergarten- und Schulkarriere:

Krippe: Wie viele Stunden? Alter: von bis

Kindergarten: ganztags halbtags Alter: von bis

ging gerne hin ging nicht gerne hin

Probleme bei der Eingewöhnung beteiligte sich nicht an Gruppenaktivitäten

wenig Kontakt zu anderen Kindern konnte sich schwer in Gruppe einfügen

Regeln und Grenzen einzuhalten war schwierig Sonstiges

Besuchte Ihr Kind eine **Vorschule**? Nein Ja Warum?

Volksschule: von bis Welche?

.....

Schule(n) nach der Volksschule:

.....

.....

Welche Schule besucht Ihr Kind derzeit?

Schultyp:

Klasse Gab es Schulwechsel? Nein Ja Warum?

.....
Schulleistung: überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

Musste Ihr Kind eine Klasse wiederholen? Welche?

Hobbies/Sport/Ressourcen:

.....

Onlinezeiten (Handy, Konsole, Computer etc.) und Art der Beschäftigung:

.....

Substanzkonsum (Rauchen/Alkohol/Drogen):

.....

Durchgeführte Untersuchungen (körperlich/psychologisch/psychiatrisch):

.....

.....

Vorbehandlungen (psychologisch/psychiatrisch/psychotherapeutisch):

.....

.....

Medikamente zur Behandlung psychischer Probleme bisher (Name, Grund, in welchem Alter):

.....

.....

Sonstige wichtige Anmerkungen, die Ihrer Meinung nach wichtig sind:

.....

.....

Datum

Unterschrift