

## Elternfragebogen

---

Um Ihrem Kind die bestmögliche Behandlung zukommen lassen zu können, muss eine sogenannte Anamnese durchgeführt werden. Ich bitte Sie daher, diesen Fragebogen so sorgfältig wie möglich auszufüllen. Lassen Sie sich Zeit! Legen Sie ihn ruhig immer mal wieder hin und denken Sie in Ruhe über die eine oder andere Antwort nach.

**Der Fragebogen unterliegt genau, wie alles was in der Praxis passiert, der Schweigepflicht!**

Name des Kindes:

Wunschrufname:

Geschlecht:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Nationalität:

Muttersprache:

Religion:

Adresse:

Telefon:

### Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten

---

Mit der Vorstellung meines o.g. Kindes in der Praxis für Psychotherapie – Katja Udolph bin ich einverstanden:

.....  
Datum, Unterschrift der sorgeberechtigten Mutter

.....  
Datum, Unterschrift des sorgeberechtigten Vaters

Falls das Personensorgerecht nicht bei den Eltern liegt:

Mit der Vorstellung des o.g. Kindes in der Praxis für Psychotherapie – Katja Udolph bin ich einverstanden:

.....  
Datum, Unterschrift der/des Personensorgeberechtigten

## Vorstellungsgrund

Beschreiben Sie kurz den Grund der Vorstellung Ihres Kindes. Wann traten diese Auffälligkeiten erstmalig auf? Haben Sie eine Idee warum?

Was wünschen Sie sich von der Therapie? Was ist Ihr Ziel für die Behandlung?

PatientIn wurde überwiesen/ empfohlen durch?

### 1. Familie

(Leiblicher) Vater

Name:

Adresse:

Telefonnr.:

Geburtsdatum:

Schulbildung:

Berufsbildung:

Ausgeübter Beruf:

Arbeitszeit:

Besonderheiten:

## (Leibliche) Mutter

Name:

Adresse:

Telefonnr.:

Geburtsdatum:

Schulbildung:

Berufsbildung:

Ausgeübter Beruf:

Arbeitszeit:

Besonderheiten:

### Wir sind.../ Ich bin...

(Mehrfachantworten möglich)

verheiratet seit:

getrennt lebend, seit:

geschieden, seit:

wiederverheiratet, seit/mit:

sonstiges

## Familienverhältnisse und Wohnsituation

Lebt das Kind mit beiden leiblichen Eltern zusammen?

Ja  Nein

Wenn nein, mit wem sonst und seit wann?

Lebt sonst noch jemand mit im Haushalt des Kindes?

Ja  Nein

Wenn ja, wer? (z.B. Großeltern, Verwandte ...)

Bitte beschreiben Sie ihre Wohnsituation (z.B. Mietwohnung, Kind teilt sich ein Zimmer mit xy).

## Geschwister des Kindes

Bitte tragen Sie in das folgende Feld, die Namen, Alter und die Schule der Geschwister ein.

## Elterliche Sorge

Haben die Eltern das gemeinsame Sorgerecht?

Ja  Nein

Wenn nein, warum nicht:

Wie haben Sie Ihr Kind erzogen (Erziehungsstil):

Besteht/ Bestand Kontakt zum Jugendamt?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Zusammenhang? (z.B. Unterhaltsangelegenheit, Familienhilfe, ...)

Zuständiger Ansprechpartner beim Jugendamt:

.....

Besteht/ Bestand Kontakt zur Polizei?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Zusammenhang?

## Erkrankungen in der Familie

Sind bei Eltern, Geschwistern, Großeltern oder anderen Verwandten bereits besondere Erkrankungen aufgetreten? (z.B. seelische Erkrankungen, körperliche Erkrankungen usw.)

Ja  Nein

Wenn ja, welche und bei wem?

## 2. Schwangerschaft und Geburt

### Schwangerschaft

Traten während der Schwangerschaft besondere Komplikationen auf? (z.B. Erbrechen, Blutungen, Zuckerkrankheit, Bluthochdruck, Krankenhausaufenthalte,...schauen Sie gerne in Ihren Mutterpass)

Ja  Nein

Wenn ja, bitte kurz genauer beschreiben.

### Hat die Mutter während der Schwangerschaft:

... Medikamente eingenommen?

Ja  Nein

Wenn ja, welche.

... Alkohol getrunken?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Schwangerschaftsmonat und wie viel.

... geraucht?

Ja  Nein

Wenn ja, in welchem Schwangerschaftsmonat und wie viel.

## Geburt

Erfolgte die Geburt zum errechneten Termin (+/- ein paar Tage)

Ja  Nein

Wenn nein, war es eine:

Frühgeburt (Woche .....

Übertragung (Woche .....

Geburtsgewicht: ..... g

Größe bei der Geburt: ..... cm

War ihr Kind ein Kinderwunschkind (ICSI/IVF)?

Ja  Nein

Traten während der Geburt Komplikationen auf?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? (z.B. Saugglocke, Kaiserschnitt usw.)

Gab es nach der Geburt Besonderheiten beim Kind?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? (z.B. Gelbsucht, Wärmebett usw.)

### 3. Entwicklung im 1. Lebensjahr

Wurde das Kind gestillt?

Ja  Nein

Wenn ja, wie lange?

Traten beim Kind Ernährungs-/ Schlafstörungen auf?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

## Entwicklung

Mit wie viel Monaten konnte das Kind alleine sitzen?

Wann konnte das Kind alleine gehen?

In welchem Alter sprach das Kind die ersten Worte?

Und wann die ersten Sätze?

Traten Auffälligkeiten bei der Sprache auf?

Ja     Nein

Wenn ja, welche und wann?

Wann war das Kind tagsüber trocken?

Wann nachts trocken?

Wann war das Kind tagsüber sauber?

Wann nachts sauber?

## Medizinische Daten

Wurden die U-Untersuchungen regelmäßig durchgeführt?

Ja     Nein

Wurde das Kind schon einmal stationär behandelt?

Ja     Nein

Wenn ja, warum?

Befand sich das Kind bereits in einer  
psychotherapeutischen Behandlung?

Ja     Nein

Wenn ja, wann, bei wem?

Bekam oder bekommt das Kind andere therapeutische  
Behandlungen? (z.B. Logopädie etc.)

Ja     Nein

Wenn ja, welche, wann, bei wem?

Bekam oder bekommt das Kind Medikamente?

Ja     Nein

Wenn ja, welche?

Nahm oder nimmt das Kind Nahrungsergänzungsmittel?

Ja     Nein

Wenn ja, welche?

Bestand/ Besteht ein regelmäßiger Drogenkonsum?

Ja     Nein

Wenn ja, welche?

Bitte geben Sie die aktuelle Größe des Kindes an:

Bitte geben Sie das aktuelle Gewicht des Kindes an:

Notieren Sie bitte, welche Kinderkrankheiten beim Kind auftraten. Gab es Komplikationen?

--

Traten in der Vergangenheit andere gravierende Erkrankungen auf? Wenn ja, welche?

Leidet das Kind aktuell an einer Krankheit? (Chronische Erkrankungen etc.) Wenn ja, welche?

Ist das Kind in psychiatrischer Behandlung? Wenn ja, bei wem?

Gab es Suizidversuche in der Vergangenheit? Falls ja, welche Belastungsfaktoren lagen vor?

Fühlt sich das Kind manchmal einsam? Wenn ja, in welchen Situationen

#### 4. Kindergarten und/oder Schule

##### Kindergarten

Beschreiben Sie kurz, welchen Kindergarten das Kind besucht bzw. besucht hat. Wenn es keinen besucht hat, wer hat das Kind betreut?

Wurden von den BetreuerInnen auffällige Verhaltensweisen des Kindes beschrieben?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?



## Schule

Name und Klasse der derzeitigen Schule:

Wann wurde das Kind eingeschult?

Erfolgte die Einschulung regulär?

Ja     Nein

Wenn nein, warum nicht?

Hat ihr Kind einen Förderbedarf?

Ja     Nein

Wenn ja, welchen?

Hat ihr Kind einen Nachteilsausgleich?

Ja     Nein

Wenn ja, was für einen?

Hat ihr Kind eine Klasse wiederholt/übersprungen?

Ja     Nein

Wenn ja, welche?

Hat ihr Kind die Schule gewechselt?

Ja     Nein

Wenn ja, wann und von wo nach wo?

Besucht ihr Kind regelmäßig die Schule?

Ja     Nein

Wenn nein, warum nicht?

Hat ihr Kind einen Schulabschluss?

Ja     Nein

Wenn ja, welchen?

## Sonstiges

Hier ist Platz und Raum, für alles, was ich vergessen habe zu fragen.

**Ich danke Ihnen für Ihre Mitarbeit!**