



Eleonora Jarosch

**Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapeutin
Mediatorin (univ.)**

Westwall 152-154
47798 Krefeld

Mobil 01624233880
Tel. 021516454665

info@praxis-jarosch-krefeld.com
www.praxis-jarosch-krefeld.com

Fragebogen für die Eltern

Zu den Personalien:

.....
Name , Vorname Ihres Kindes

..... unbefristet befristet

bis.....

Geburtsdatum	Geburtsort	Nationalität	bei ausländischer Herkunft Aufenthaltsstatus
--------------	------------	--------------	---

.....

Telefon / Mobil

.....

Ihre Anschrift: Straße, Postleitzahl, Ort

.....

Bei getrennt lebenden Eltern – Anschrift des 2. Elternteils (wo das Kind nicht dauerhaft lebt)

.....

E-Mailadresse (falls wir Sie alternativ auch darüber gut erreichen können)

.....
Krankenkasse

Name + Geburtsdatum des Hauptversicherten

.....
Wer ist der Kinder-/Hausarzt (Name, Anschrift, Telefonnummer)

Zur Familienanamnese:

	Vater	Mutter
Name:		
Beruf:		
Geburtsdatum:		
Geburtsland		
Nationalität:		
Muttersprache:		
Bei ausländischer Herkunft Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis

Ist es Ihr leibliches Kind adoptiert Pflegekind

Lebt Ihr Kind bei den Eltern bei der Mutter
 beim Vater Pflegefamilie im Heim

Wer hat das Sorgerecht ?

Eltern Mutter Vater oder:.....

Hat Ihr Kind Geschwister/ Halbgeschwister:

Name Geburtsjahr besucht Schule/Kindergarten besondere Erkrankungen oder Beschwerden

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

Welche der folgenden Krankheiten und Störungen sind in Ihren Herkunftsfamilien aufgetreten?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geistiger Entwicklungsrückstand | <input type="checkbox"/> Sehbehinderung oder Blindheit |
| <input type="checkbox"/> spastische oder andere Lähmung | <input type="checkbox"/> Hörbehinderung oder Taubheit |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Geistes- oder Gemütskrankheiten |
| <input type="checkbox"/> verzögerte oder gestörte Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Missbildungen, Wachstumsstörungen |

Sind Sie als Eltern blutsverwandt (z.B. Cousine/ Cousin)? nein ja

Gibt oder gab es Belastungssituationen in Ihrer Familie (Trennung der Eltern, Erkrankungen eines Familien- Mitgliedes, Wohnortswechsel, Arbeitslosigkeit ...)

.....
.....

Wenn ja, wie ging die Familie mit diesen besonderen

Belastungen um?

.....

Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindentwicklung

Sind Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt Ihres Kindes aufgetreten?

nein ja ,
welche.....

.....

Gab es Auffälligkeiten im Neugeborenen- und Kleinkindalter? (z.B. starkes Schreien im Säuglingsalter, langsame Sprachentwicklung, Operationen, Unruhe, Fieberkrämpfe ...)

nein ja, welche

-
-
-

Zu den sogenannten „Grenzsteinen der Entwicklung“ wann konnte Ihr Kind:

frei sitzen.....frei laufen.....gezielt Mama/Papa sprechen.....
 2-Wort-Sätze sprechen.....tagsüber trocken.....tagsüber sauber
 nachts sauber.....nachts trocken.....Fahrrad fahren (ohne
 Stützräder).....

Bekam / Bekommt es schon eine spezielle Förderung?

- nein
- ja : Krankengymnastik Ergotherapie Heilpädagogik
- Sprachförderung / Logopädie Lese-/Rechtschreibförderung
- Förderung bei Rechenschwäche/Dyskalkulie Frühförderung
-

Hat Ihr Kind chronische Erkrankungen?

- Neurodermitis Asthma bronchiale Epilepsie Diabetes mellitus Cerebralparese
- s o n s t i g e s :**

.....

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?

- n e i n** **J a ,**
- welche.....

.....

Wurde Ihr Kind bereits augenärztlich untersucht?

- nein ja, wann.....

Gab es einen auffälligen Befund?

Wurde Ihr Kind bei einem HNO-Arzt bzw. Pädaudiologen vorgestellt?

- nein ja, wann.....
-
- Gab es einen auffälligen Befund?

Besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

- nein
- j a** **v o n**
 bis
- Regelkindergarten in integrativer Kindergarten.....
s o n s t i g e
 Einrichtung

Gab es dort Probleme?

- nein ja, welche

.....

.....

Das Wichtigste:

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Schulprobleme

nein ja

Verhaltens-/Erziehungsprobleme

nein ja

Kontaktschwierigkeiten

nein ja

Hör - und Sprachprobleme

nein ja

Bewegungsstörungen

nein ja

Weitere Probleme und Auffälligkeiten:

◆ Hören <input type="checkbox"/> Sehen	◆ Sprechen	◆ Bewegung/ Koordination
◆ Schlafen <input type="checkbox"/> Einnässen	◆ Einkoten	◆ Ernährung/ Essstörung
◆ Schmerzen <input type="checkbox"/> Ängste	◆ Traurigkeit	◆ Stimmungsschwankungen
◆ Aggression <input type="checkbox"/> Zwänge	◆ Selbstverletzung	◆ Selbstmordgedanken
◆ Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Unruhe	◆ fehlende Geduld	◆ Lernschwäche
◆ Probleme mit Gleichaltrigen <input type="checkbox"/> Lügen	◆ Gesetzeskonflikte	◆ Alkohol-/ Drogenkonsum

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen?

.....

.....

.....

Beschreiben Sie konkret das bestehende Problem Seit wann werden die beschriebenen Probleme beobachtet?

.....

.....

.....

.....

Lagen damals besondere Bedingungen vor (z.B. familiäre Konflikte, Umzug, Schulwechsel, Krankheiten?)

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

Was sind Ihre Ziele? Was möchten Sie mit unserer Hilfe erreichen?.....

.....

Was wurde bisher unternommen, um mit diesem Problemverhalten umzugehen (z.B. Besprechen mit Freunden, Gabe von Medikamenten, Nachhilfe...)

.....
.....

Welche Wirkung hatten diese Maßnahmen?

.....
.....

Wurde Ihr Kind deswegen schon an einer anderen Stelle vorgestellt/untersucht?

nein

ja:

 S P Z w a n n / w o :

.....

.....

Kinder- u. Jugendpsychiater wann/wo:.....

Psychologe wann/wo:.....

 B e r a t u n g s s t e l l e w a n n / w o :

.....

.....

Sind gleiche oder ähnliche Probleme, Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei dem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

nein ja, welche, bei

wem:.....

.....

Wann hat das Verhalten Ihres Kindes Ihnen das letzte Mal Sorgen bereitet und worum ging es dabei?

(Hausaufgaben, Erledigen von Aufgaben im häuslichen Bereich...)

.....

.....

Was genau hat Ihr Kind da gemacht?.....

.....

.....

.....

.....

Wie haben Sie auf das Verhalten Ihres Kindes reagiert?.....

.....

.....

.....

.....

Reagieren sie oft auf das Problemverhalten wie beschrieben?.....

.....

.....

.....

.....

Äußert sich das Problemverhalten Ihres Kindes überwiegend in dieser Weise, wie kann es sonst noch aussehen?

.....

.....

.....

.....

Wie reagieren andere auf das Verhalten Ihres Kindes (z.B. Großeltern, Verwandte, Geschwister, Lehrer...)

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

Welche Folgen treten durch das Verhalten Ihres Kindes ein? (z.B. gibt es Beziehungskonflikte, Ärger in der Familie, Geschwisterrivalitäten.....)

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

Gibt es Bereiche, in denen es keine Probleme zwischen dem Kind und Ihnen, den Eltern gibt? Welche?

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

Was ist in diesen Situationen anders als in Bereichen, in denen das Problemverhalten ansonsten beobachtet wird?

.....
.....

Belohnen Sie Ihr Kind, wenn ja wofür?

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

... Wenn Sie Ihr Kind bestrafen, wenn ja typischerweise wofür und womit?

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

Handeln Sie als Eltern in der Erziehung Ihres Kindes einvernehmlich, oder treten häufiger Konflikte zwischen Ihnen als Eltern auf? (z.B. eine/r erlaubt das Fernsehen, der/die andere verbietet es)

.....

Gibt es besondere Stärken des Kindes (z.B. musikalisches Können, sportliche Neigung, Lieblingsfächer)

.....
.....

Welche Interessen, Vorlieben hat Ihr Kind?

.....
.....

Was macht Ihr Kind nicht gerne/vermeidet es?

.....

Hat Ihr Kind mehrere Freunde/innen oder eine/n beste/n Freund/in?

.....

Wenn nein, was glauben Sie warum nicht?

.....

.....

.....

Wie lange darf Ihr Kind am Tag fernsehen? PC arbeiten/
spielen.....

Gibt/ gab es schon Kontakte

zu: Nikotin nein ja

Alkohol nein ja

Drogen nein ja

Gibt es noch etwas Wichtiges, was Sie uns mitteilen möchten, was wir Sie aber nicht gefragt haben?

.....

.....

.....

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, meine Fragen zu beantworten!