

Dipl. Päd. Melanie Anlauf

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin

Psychotherapeutische Praxis für Kinder & Jugendliche

Cecilienallee 56, 40474 Düsseldorf

Fragebogen für die Eltern

Zu den Personalien:

.....
Name, Vorname Ihres Kindes
Geburtsdatum

Geburtsort.....Nationalität.....Aufenthaltsstatus

Telefon/Mobil.....

Ihre Anschrift:

Zur Familienanamnese:

Ist es Ihr leibliches Kind adoptiert Pflegekind

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

Vater Name:Beruf:Geburtsdatum: Nationalität:

Mutter Name:..... Beruf:.....Geburtsdatum:.....

Wer hat das Sorgerecht ? Eltern Mutter Vater

Hat Ihr Kind Geschwister/ Halbgeschwister:

Beschwerden in der Familie
.....
.....
.....

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

Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindentwicklung

Sind Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft und Geburt Ihres Kindes aufgetreten? n e i n j a , welche.....

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

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

Frei sitzen	Frei laufen	2 Worte sprechen	Tagsüber trocken	Nachts sauber

Krankengymnastik Ergotherapie Heilpädagogik Sprachförderung / Logopädie

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.....

Wurde Ihr Kind bei einem HNO-Arzt bzw. Pädaudiologen vorgestellt? nein ja, wann.....

Besuchte Ihr Kind einen Kindergarten?

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

Wer hat die Vorstellung in unserer Praxis empfohlen?
.....

Seit wann werden die beschriebenen Probleme beobachtet?
.....
.....

.....
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?

S P Z :

Kinder- u. Jugendpsychiater wann/wo

Psychologe wann/wo:.....

.....
Wann hat das Verhalten Ihres Kindes Ihnen das letzte Mal Sorgen bereitet und worum ging es dabei? (Hausaufgaben, Erledigen von Aufgaben im häuslichen Bereich...)
.....

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

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

.....
Welche Folgen treten durch das Verhalten Ihres Kindes ein? (z.B. gibt es Beziehungskonflikte, Geschwisterrivalitäten.....
.....

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

.....
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?

.....

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?

.....