



Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
Nicole Gauler, Darmstädter Str. 27, 64331 Weiterstadt

## Elternfragebogen

### Anamneseblatt

Name des Kindes	Straße, Wohnort
Telefon	geb. am
Staatsangehörigkeit	Schulzweig und Klasse
Krankenkasse und Anschrift	Anschrift
Versichert mit	Versichertennummer

Das Kind lebt bei                       Mutter                       Vater                       .....

Mutter	Vater
Name	Name
geb. am	geb. am
Beruf	Beruf
tätig als	tätig als

Schulabschluss	Schulabschluss
Staatsangehörigkeit	Staatsangehörigkeit
O verheiratet seit	O verheiratet seit
O geschieden seit	O geschieden seit
O getrennt lebend seit	O getrennt lebend seit
Lebenspartner:	Lebenspartnerin:
Name	Name
Alter	Alter
Beruf	Beruf

### Geschwister/Halbgeschwister/Stiefgeschwister

Name	Alter	O Kind von Mutter	O Kind von Vater
Name	Alter	O Kind von Mutter	O Kind von Vater
Name	Alter	O Kind von Mutter	O Kind von Vater

War ein Kind ein Frühgeborenes? O ja, Geburt in der ..... SSW

Hatten Sie Fehlgeburten? O ja, Geburt in der.....Woche ( Jahr..... )

Ist ein Kind gestorben? O ja, woran? ....., wann? .....

Wie viele Personen leben in ihrem Haushalt? .....

Wohnen außer ihrer Familie noch weitere Verwandte oder Freunde in ihrem Haushalt? O ja O nein

Leben sie in einem O Haus

O Wohnung?

Wie groß ist das Haus / die Wohnung? ca. ....m<sup>2</sup>

Haben Sie folgende Verhaltensweisen an Ihrem Kind beobachtet (bitte unterstreichen):

- Kopfwerfen - Wiegen - Schaukeln
- Einschlafstörungen – Durchschlafstörungen - Nächtliche Angstzustände
- Essstörungen – Erbrechen
- Verstopfungen - Durchfall – Bauchschmerzen - Übergewicht - Untergewicht
- Einnässen tagsüber / nachts
- Einkoten – Kotschmierer
- Kopfschmerzen
- Atmungsstörungen (Asthma, Krupp o. ä.)
- Allergische Reaktionen - Hautempfindlichkeiten
- Erröten
- Ängste vor Tieren oder Gegenständen o. ä.
- Traurigkeit - depressive Stimmungen
- Zwänge (Waschzwang, auffällige Einschlafzeremonien usw.)
- Krampfanfälle- Daumen Lutschen – Knabbern- Nägelkauen
- Haare ausreißen/drehen – Zähneknirschen - Kopfaufschlagen
- Grimassieren – Stottern – Lispeln
- Stummheit oder andere Sprachstörungen
- Seh- oder Hörstörungen – Bewegungsstörungen
- Lügen – Stehlen- von zuhause weglaufen - herumstreuen
- Schule schwänzen - Zündeln - Feuerspielen
- Andere:.....

Welche weiteren Probleme gibt es bzw. warum möchten Sie und Ihr Kind eine Therapie beginnen?

.....

War Ihr Kind bereits in therapeutischer Behandlung? O ja O nein

wenn ja, analytisch oder verhaltenstherapeutisch und bei wem und wie lange?

.....

## Schwangerschaft

- Bestand vor der Schwangerschaft eine längere ungewollte Unfruchtbarkeit?  
O ja, seit ..... Jahren                      O nein
- geplante Schwangerschaft    O ja    O nein
- gesundheitliche Probleme während der Schwangerschaft    O ja    O nein  
wenn ja, welche? .....

## Geburt

- O spontane Geburt                      O Kaiserschnitt
- Errechneter Termin.....
- War der Vater des Kindes bei der Geburt dabei?                      O ja    O nein
- Größe des Kindes .....
- Gewicht des Kindes .....
- Gab es bei der Geburt Komplikationen?  
wenn ja, welche?  
.....
- War die Geburt für Sie eine belastende Erfahrung?  
Mutter: O ja, ein wenig    O ja, sehr            O nein  
Vater: O ja, ein wenig    O ja, sehr            O nein

## Die erste Zeit

- Haben Sie Ihr Kind gestillt?    O ja                      O nein  
wenn ja, wie lange?.....  
wenn nein, gab es Gründe warum sie nicht gestillt haben?  
.....
- Wie haben Sie Ihr Kind in den ersten 12 Wochen in Erinnerung?  
O besonders ruhig                      O besonders unruhig            O besonders empfindlich
- Wie wurden die alltäglichen Aufgaben erledigt?  
O überwiegend durch die Mutter    O überwiegend durch den Vater  
O durch Mutter und Vater gleichermaßen



- Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit den Erzieherinnen?     ja     nein
  - Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten mit Kindern?                 ja     nein
- wenn ja, welche Schwierigkeiten gab es?
- .....

## Schule

- Wann wurde Ihr Kind eingeschult? .....
  - Hat es eine Vorklasse besucht?                                         ja     nein
  - Hat Ihr Kind in der Schule Freunde?                                     ja     nein
  - Bringt es diese auch mit nach Hause?                                     ja     nein
  - Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Lehrern?                             ja     nein
- wenn ja, welche? .....
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Mitschülern?                         ja     nein
- wenn ja, welche?
- .....
- Gibt es Leistungsprobleme in der Schule?                                 ja     nein
- wenn ja, welche?
- .....
- Musste Ihr Kind eine Klasse wiederholen?                                 ja     nein
- wenn ja, welche?
- .....
- Hat Ihr Kind schon mal die Klasse gewechselt?                         ja     nein
- wenn ja, warum?
- .....
- Hat Ihr Kind schon mal die Schule gewechselt?                         ja     nein
- wenn ja, wie oft und warum?
- .....
- Nimmt es regelmäßig an Freizeitaktivitäten teil?                         ja     nein
- wenn ja, an welchen?
- .....
- Wie beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit?
- .....

- Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? O ja    O nein  
wenn nein, wer wohnt noch in dem Zimmer?  
.....
- Wo schläft Ihr Kind? O im eigenen Bett O im Bett der Eltern
- Wie ist das Zimmer Ihres Kindes ausgestattet?  
O Fernseher    O Computer    O Play-Station o.ä.    O Internet  
O Video / DVD-Player    O Gameboy    O.....
- Hat Ihr Kind ein (eigenes) Haustier? O ja    O nein  
wenn ja, welches?  
.....
- Hat Ihr Kind Freunde, die es mit nach Hause bringt? O ja    O nein
- Sind die Freunde Ihres Kindes eher  
O älter    O jünger    O gleichaltrig    O Erwachsene
- Hat Ihr Sohn eine feste Freundin? O ja    O nein
- Hat Ihre Tochter einen festen Freund? O ja    O nein

### Allgemeines

- Seit wann bzw. gehen Sie wieder arbeiten nach der Geburt Ihres Kindes und welche Arbeitszeiten haben Sie (Mutter und Vater)?  
.....
- Wie wurde die Elternzeit wahrgenommen (nur Mutter/nur Vater/gleichermaßen)?  
.....
- Arbeiten Sie wieder in Ihrem alten Beruf? O ja    O nein
- Gehören Sie einer Kirche / Religionsgemeinschaft an? O ja    O nein  
Wenn ja, welcher, und welche Rolle spielen Religion und / oder Kirche in Ihrer Familie?  
.....
- Welche Krankheiten hatte Ihr Kind?  
.....
- Wurde Ihr Kind schon mal stationär behandelt? O ja    O nein  
wenn ja, warum und wie alt war es da?  
.....
- Wie lange dauerte der Krankenhausaufenthalt? .....

- Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente?  ja  nein

wenn ja, welche?

.....

- Hatte Ihr Kind bereits eine der nachfolgenden Behandlungen? Wenn ja, wann?

Krankengymnastik .....  Ergotherapie .....

Logopädie .....  .....

### Großeltern

	von der Mutter zu beantworten	vom Vater zu beantworten
Lebt Ihre Mutter noch? Wenn nein, wann starb sie?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Was ist oder war sie von Beruf?		
Wie ist oder war Ihr Verhältnis zur Mutter?		
Lebt Ihr Vater noch? Wenn nein, wann starb er?		
Was ist oder war er von Beruf?		
Wie ist oder war Ihr Verhältnis zum Vater?		
Haben Sie Kontakt zu Ihren Eltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat Ihr Kind Kontakt zu den Großeltern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Geschwister haben sie?		
Ist eines Ihrer Geschwister bereits verstorben? Wenn ja, wann und woran?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gibt es in Ihrer Familie schwere körperliche Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, bei wem und welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Gibt es in Ihrer Familie psychische Erkrankungen oder geistige Behinderungen? Wenn ja, bei wem und welche?	O ja    O nein	O ja    O nein

Was schätzen Sie an Ihrem Kind besonders?

Die Mutter	Der Vater
------------	-----------

Gibt es noch etwas Wichtiges, das Sie mitteilen möchten?

Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?.....

Wann wurde der Fragebogen ausgefüllt? .....

Vielen Dank !

Der Fragebogen wurde erstellt von K. Zaruba

Alfred-Adler-Institut Mainz

Nicole Gauler  
Darmstädter Str. 27  
64331 Weiterstadt

Tel. 06151-3530485  
Fax 06151-7894824

n.gauler@gmx.de  
www.praxis-gauler.de