

Elternfragebogen zur Wiedervorstellung

Liebe Eltern,
für die Untersuchung Ihres Kindes ist eine große Zahl von Informationen notwendig. Um die Zeit mit Ihrem Kind und Ihnen möglichst gut zu nutzen, bitten wir Sie, den **Elternfragebogen über 5 Seiten** vorab auszufüllen und zum ersten Termin mitzubringen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Name des **Kindes**: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Nationalität: _____ Religionszugehörigkeit: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Sorgeberechtigte: _____

Name der **Mutter**: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Ausgeübter Beruf: _____

Name des **Vaters**: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____
Telefonnummer: _____ E-Mail: _____
Ausgeübter Beruf: _____

Die **Eltern** sind verheiratet getrennt lebend geschieden seit: _____
 _____ seit: _____

Geschwister (Name, Alter, Schulform und Klassenstufe oder Ausbildung, lebt bei?)

Angaben über andere wichtige in der Familie lebende Bezugspersonen

Das Kind/der Jugendliche **lebt aktuell zusammen mit:**

Wo und bei wem hat das Kind/der Jugendliche bisher gewohnt?

Gab es **besondere Ereignisse** im Leben des Kindes / des Jugendlichen?

z. B. Umzüge, Tod einer ihm nahe stehenden Person, Gewalt, Vernachlässigung oder andere.

Welches Verhalten des Kindes / des Jugendlichen bereitet Ihnen aktuell am meisten Sorgen? Wie zeigt sich das Verhalten genau? Bitte beschreiben Sie den Anlass der heutigen Wiedervorstellung.

Worin vermuten Sie selbst Ursachen und Gründe für das oben genannte Verhalten?

Derzeitige **Schule** und Klassenstufe bzw. **Kindergarten**:

Klassenlehrer/in: _____

Gibt es schulische Probleme? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Hat das Kind in den letzten acht Wochen gut **geschlafen**? nein ja

Wenn nein, ist das Einschlafen verzögert? nein ja

ist das Durchschlafen gestört? nein ja

Bitte beschreiben Sie die Schlafstörung _____

Wo schläft das Kind? _____

Hatte das Kind in den letzten acht Wochen einen guten **Appetit**? nein ja

Traten bisher **gravierende Erkrankungen** auf? nein ja

Z.B. wiederkehrende Infekte, chronische Erkrankungen, Gelbsucht, Unfälle mit Verletzungen des Schädels, Operationen oder anderes:

Hatte das Kind einen **Krampfanfall (Epilepsie)**? nein ja

Nimmt das Kind regelmäßig **Medikamente** ein? nein ja

Wenn ja, bitte Medikament und Dosierung angeben:

Hat das Kind **Allergien**?

nein

ja

Ist dem Kind eine **Brille** verordnet worden?

nein

ja

Wenn ja, wann erstmals? _____

Grund: _____

Erkrankungen in der Familie:

Liegen bei Eltern, Großeltern mütterlicher- und väterlicherseits, Geschwistern der Eltern oder des Kindes oder bei anderen Verwandten besondere körperliche Erkrankungen vor?

Z.B. Anfallsleiden, Zuckerkrankheit oder andere.

nein

ja

Wenn ja, welche und bei wem? _____

Liegen bei Eltern, Großeltern mütterlicher und väterlicherseits, Geschwistern oder anderen Verwandten besondere seelische/psychische Erkrankungen oder Störungen vor?

Z. B. Depressionen, Angsterkrankungen, Essstörungen, Schizophrenie, Alkohol- oder Drogenmissbrauch oder andere.

nein

ja

Wenn ja, welche und bei wem?

Womit beschäftigt das Kind / der Jugendliche sich in der Freizeit?

Welche Stärken und Fähigkeiten hat das Kind / der Jugendliche?

Bei welchen Therapeuten oder Institutionen wurden für das Kind / den Jugendlichen bisher Hilfen in Anspruch genommen? Z.B. Jugendamt, Erziehungsberatungsstelle, Ärzte, Klinik, Psychologen, Psychotherapeuten oder andere.) Bitte geben Sie Anlass, Zeitpunkt und Ergebnisse der Maßnahmen an.

Wer ist der aktuelle Haus- und/oder Kinderarzt Ihres Kindes?
Bitte Namen und Adresse eintragen:

(Ort, Datum)

(Name in Druckschrift)

(Unterschrift)

Wir bedanken uns sehr für Ihre Mitarbeit.