
ELTERNFRAGEBOGEN

Name des Kindes:

Herzlich willkommen im Maudacher Therapiezentrum!

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen so sorgfältig wie möglich auszufüllen. Sie können dafür auch das gelbe Vorsorgeheft und/oder Ihnen bereits vorliegende Berichte über Vorbehandlungen zu Rate ziehen. Mit der detaillierten Beschreibung Ihres Kindes gehen Sie einen ersten Schritt auf dem Weg zu hilfreichen Lösungen.

Anlass zur Vorstellung, aktuelle Herausforderungen

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter sind Anlass für Sie, sich an uns zu wenden:

Welche **weiteren Probleme und Auffälligkeiten** bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter machen Ihnen Sorgen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Niedergeschlagenheit | ☐ Zwanghafte Verhaltensweisen |
| ☐ Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit | ☐ Tics |
| ☐ Kontaktprobleme | ☐ Selbstverletzungen |
| ☐ Gleichgültigkeit | ☐ Selbstmordversuch |
| ☐ Ängstlichkeit | ☐ Zerstören von |
| ☐ Geht nicht unter Leute | ☐ Gegenständen |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ Aufbrause, Wutanfälle |
| ☐ Essverhaltensprobleme | ☐ Sexuelle Auffälligkeiten |
| ☐ Häufige | ☐ Aggressives Verhalten gegenüber anderen |
| ☐ Schmerzzustände | ☐ Weglaufen, Streunen |
| ☐ Häufige sonstige körperliche | ☐ Lügen |
| ☐ Beschwerden | ☐ Stehlen |
| ☐ Missbrauch von Alkohol, Tabletten, | ☐ Konflikte mit dem Gesetz |
| ☐ Drogen | ☐ Bewegungsstörungen |
| ☐ Einnässen | ☐ Sprachstörungen |
| ☐ Einkoten | ☐ Hörstörungen |
| ☐ Lern- und Arbeitsstörungen | ☐ Verbringt zu viel Zeit mit Medien |
| ☐ Konzentrationsstörungen | |
-

Wer hat Ihnen das Maudacher Therapiezentrum empfohlen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Kinder-/Hausarzt bzw. -ärztin | ☐ Kindergarten/Schule |
| ☐ Internet | ☐ Erziehungsberatungsstelle/ Schulpsych. Dienst |
| ☐ PsychologIn, PsychotherapeutIn | ☐ Jugendamt |
| ☐ Eltern, Angehörige | ☐ andere |

VORBEHANDLUNG

Bisher aufgesuchte Ärzte, Beratungsdienste und bisherige Untersuchungen/Behandlungen: Wo haben Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter bereits wegen der zuvor genannten Schwierigkeiten vorgestellt? (z.B. KinderärztIn, NeurologIn, OrthopädIn, AugenärztIn, HNO-ÄrztIn, Kinderklinik, Psychologische Beratungsstelle, Kinder- und JugendpsychiaterIn, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, ... andere)

Name, Adresse	Wann	Warum

Medikamente in Vorgeschichte **wegen der oben genannten** Schwierigkeiten:

Medikamentenname	Dosierung	Eingenommen von... bis...

Alle Medikamente, **die zur Zeit** eingenommen werden:

Medikamentenname	Dosierung

SCHWANGERSCHAFT (Hinweis: Sie finden einige dieser Angaben im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Besonderheiten während der Schwangerschaft (bitte ankreuzen)

Monat	Monat
☐ Blutung	☐ Erhöhter Blutdruck
☐ Fruchtwasserunters.	☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)
☐ Vorzeitige Wehen	☐ Infektionskrankheiten
☐ Schwangerschaftserbrechen	☐ Ödeme (Wassereinlagerungen)
☐ Medikamenteneinnahme	☐ Fehl- / oder Totgeburt
☐ Alkohol	☐ Seelische Belastung
☐ Rauchen	

Sonstiges:

GEBURT UND NEUGEBORENEENZEIT

Geburt in welcher Schwangerschaftswoche? (Norm 40):	Name der Entbindungsklinik:
War einer der folgenden Eingriffe notwendig? ☐ Kaiserschnitt ☐ Geburtszange ☐ Saugglocke	Gab es Komplikationen? z. B. ☐ Nabelschnurumschlingung ☐ grünes Fruchtwasser
Sonstiges	
Gewicht	Größe
Kopfumfang	APGAR-Werte
Bestanden irgendwelche Auffälligkeiten bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?	Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter nach Geburt in eine Kinderklinik verlegt? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, warum? In welche Klinik?
Hatte Ihr Sohn/Ihre Tochter in den ersten 4 Lebenswochen eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?	
☐ Blutgruppenunverträglichkeit ☐ Behandlungsbedürftige Gelbsucht	☐ Fieber/Neugeboreneninfektion ☐ Neugeborenenkrämpfe
Sonstiges:	

ENTWICKLUNG IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDESALTER

Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter gestillt?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie lange?	

Bitte kreuzen Sie für jede Beschreibung die zutreffende Zahl an
0 = Gar nicht **1** = Ein wenig **2** = Weitgehend **3** = Besonders

Frühkindliche Regulation (bis zum 1. Lebensjahr)

1	Es gab Ein- und Durchschlafprobleme	0	1	2	3
2	Es gab Fütter- und Trinkschwierigkeiten	0	1	2	3
3	Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten (z.B. wenig Blickkontakt)	0	1	2	3
4	Häufiges Schreien („Schrei-Baby“)	0	1	2	3
5	Konnte sich nur schlecht beruhigen	0	1	2	3

Kleinkindliche Entwicklung (bis zum 3. Lebensjahr)

6	Auffälligkeiten/Verzögerungen in der Sprachentwicklung	0	1	2	3
7	Verzögerungen in der motorischen Entwicklung (Sitzen, Krabbeln, Laufen)	0	1	2	3
8	Schwierigkeiten in der Sauberkeitserziehung	0	1	2	3
9	Ließ sich schnell ablenken	0	1	2	3
10	Klammerte sehr	0	1	2	3
11	Probleme im Kontaktverhalten bei Gleichaltrigen oder Erwachsenen	0	1	2	3

ENTWICKLUNGSDATEN

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter an allen Vorsorgeuntersuchungen bisher teilgenommen? ☐ Ja ☐ Nein			
	Alter (z.B.: „2 Jahre und 3 Monate“)		Alter (z.B.: „2 Jahre und 3 Monate“)
Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	
Trocken tags		Fahrrad fahren	
Trocken nachts			

Motorischer Gesamteindruck ☐ Eher geschickt ☐ Eher ungeschickt	Händigkeit aktuell ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ Beidhändig
Sprachentwicklung Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Wortschatz, Aussprache, Stottern etc.):	Logopädische Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Weitere wichtige Angaben zur Entwicklung, die wir bislang vergessen haben zu fragen:

KINDERGARTEN- / VORSCHULALTER

	War Ihr Kind im:	Von bis (Alter)	Wo
☐	Kinderkrippe/-tagesstätte		
☐	Regelkindergarten		
☐	Sonder-/Förderkindergarten		
☐	Kinderhort		

Ging Ihr Sohn/Ihre Tochter ☐ ungern in den Kindergarten? ☐ gern in den Kindergarten

Welche der **folgenden Verhaltensauffälligkeiten** machten Ihnen während der Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen?

☐ Schlafstörungen	☐ Ungeschicktheit	☐ Trotz, Ungehorsam
☐ Ängstlichkeit	☐ Bewegungsstörungen	☐ Wutausbrüche
☐ Gehemmtheit, Schüchternheit	☐ Zappeligkeit	☐ Kontaktstörungen
☐ Einordnungsschwierigkeiten	☐ Unkonzentriertheit	☐ Sexuell auffälliges Verhalten
☐ auffälliges Spielverhalten	☐ Bauchschmerzen	☐ Tics
☐ Essensschwierigkeiten	☐ Kopfschmerzen	☐ Traurigkeit / Niedergeschlagenheit

Ergaben sich **sonstige Schwierigkeiten** in der Kindergarten- und Vorschulzeit?

SCHULE

Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter **von der Einschulung zurückgestellt**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, aus welchem Grund

Welche Schulen besuchte Ihr Sohn/Ihre Tochter bisher?

Schule	von	bis

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine **Klasse wiederholt**? ☐ Ja, die Klasse ☐ Nein

Welche **Stärken** hat Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Schule?

Welche **Schwierigkeiten oder Schwächen** zeigen sich in der Schule?

Mussten Sie sich um die **schulischen Angelegenheiten** Ihres Sohnes/Ihrer Tochter kümmern, z.B.

Hausaufgabenkontrolle	☐ Häufig	Haben Sie Kontakt mit der Schule:	☐ Häufig
	☐ Selten		☐ Selten
	☐ Nie		☐ Nie

Welche schulischen Schwierigkeiten wurden von den Lehrern berichtet?

Macht Ihr Sohn/Ihre Tochter die **Hausaufgaben** regelmäßig?

☐ Ja

☐ widerwillig

☐ Nein

Wie arbeitet Ihr Sohn/Ihre Tochter bei den **Hausaufgaben**?

☐ Zerstreut	☐ Mit häufigen Pausen	☐ Gibt leicht auf
☐ Verspielt	☐ Ausdauernd	☐ Lustlos
☐ Braucht Hilfe	☐ Unordentlich	☐ Muss sich häufig bewegen
☐ Verträumt	☐ Abgelenkt	☐ Selbstständig
☐ Konzentriert	☐ Gewissenhaft	☐ Langsam
☐ Oberflächlich	☐ Braucht Druck von außen	☐ Macht unregelmäßig Hausaufgaben

Wie verhält sich ihr Sohn/Ihre Tochter vor **Klassenarbeiten**?

☐ Zuversichtlich	☐ Hat keinen Appetit	☐ Ist sehr aufgeregt
☐ Ruhig, gelassen	☐ Erbrechen, Übelkeit	☐ Hat Angst
☐ Verschweigt Klassenarbeiten	☐ Schlafstörungen	☐ Geht nicht in die Schule

Hat Ihr Sohn / Ihre Tochter einen Schulabschluss?

☐ Nein, besucht noch die Schule

Wenn ja, welchen Schulabschluss?:

INTERESSEN UND FÄHIGKEITEN

Fertigkeiten: **Was finden Sie an Ihrem Sohn/Ihrer Tochter besonders gut? Womit sind Sie besonders zufrieden?**

Freizeitverhalten

Was macht Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Freizeit (Hobbies, sportliche Aktivitäten etc.)	Besondere Abneigungen? (Spiele, Tätigkeiten)
--	--

Kann Ihr Sohn/Ihre Tochter die Freizeit sinnvoll gestalten?		Medienkonsum?
☐ Ja	☐ Nein	Welche Medien besitzt Ihr Kind/kann Ihr Kind nutzen? (z. B. TV, Handy, Tablet, Laptop, PC, Spielekonsolen, usw.):
Er/sie verbringt die Freizeit		
☐ Lieber alleine	☐ Lieber mit Gleichaltrigen	
☐ Lieber mit Erwachsenen	☐ Lieber mit Jüngeren	
Er/sie hat		Wieviele Stunden darf Ihr Kind Medien pro Tag nutzen?
☐ Viele Freunde/ Freundinnen	☐ Wenige Freunde/ Freundinnen	
☐ Keine Freunde/ Freundinnen	☐ Wenige, aber sehr enge Freundschaften	Hat Ihr Kind einen Fernseher im Zimmer? ☐ Ja ☐ Nein
Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Welche?		Beschränken Sie aktiv den Medienkonsum Ihres Kindes? ☐ Ja ☐ Nein

MEDIZINISCHE ANAMNESE

Hatte Ihr Kind schwerwiegende körperliche Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche und wann?

Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle:

Warum	Wann	Name der Klinik

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter **Sehstörungen**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Brille?

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter **Hörstörungen**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? Hörgerät?

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine **Allergie**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine **chronische Erkrankung**? (z.B. Asthma, Diabetes, rheumatische Erkrankungen) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Hat oder hatte Ihr Sohn/Ihre Tochter **Krampfanfälle / eine Epilepsie**? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte die Anfälle:

FAMILIENANAMNESE

War Ihr Kind von den Eltern z.B. wegen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt über längere Zeit getrennt?

☐ Ja ☐ Nein

Von Bis
Trennungsgrund

Was trifft für Ihre **Familie** zu?

- ☐ Eltern leben seit Geburt des Kindes zusammen
- ☐ Eltern sind geschieden seit:
- ☐ Mutter/Vater alleinerziehend seit:

- ☐ Eltern leben getrennt seit:
- ☐ neue Partnerschaft des Vaters seit:
- ☐ neue Partnerschaft der Mutter seit:

Gibt es in Ihrer jetzigen Partnerschaft Probleme, die sich auf Ihr Kind auswirken? ☐ Ja ☐ Nein

Von wem wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter bisher **vorwiegend erzogen**?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| ☐ Von beiden Elternteilen | ☐ Von der Mutter |
| ☐ Von den Großeltern | ☐ Vom Vater |
| ☐ Sonstige (von wem...) | |

Wer von den erziehenden Personen hat den **größten Einfluss** auf Ihren Sohn/Ihre Tochter?

Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen deutlich? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, worin?

Ist die Beziehung zwischen Mutter und Sohn/Tochter ☐ besonders eng und herzlich ☐ ausgeglichen ☐ gespannt

Ist die Beziehung zwischen Vater und Sohn/Tochter ☐ besonders eng und herzlich ☐ Ausgeglichen ☐ gespannt

Gibt es schwerwiegende körperliche oder seelische Krankheiten oder Störungen bei Vater, Mutter, Geschwistern oder Großeltern (z.B. chronische Krankheiten, Depressionen, Alkoholabhängigkeit, Selbstmordversuche)? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, bei wem?

Geschwister des Patienten/Patientin

Name	Vorname	Geburtsdatum	Schule / Beruf

WOHNSITUATION

Wohnen Sie seit der Geburt Ihres Kindes in der gleichen Wohnung? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn nein, wo haben Sie sonst noch gewohnt?

Ort	Von	Bis

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, mit wem?

Gibt es besondere Spannungen oder Probleme zwischen den Geschwistern?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Wieviel **Taschengeld** erhält Ihr Sohn/Ihre Tochter im Monat?

Wird Ihr Kind zu **häuslichen Arbeiten** herangezogen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

Wie erledigt Ihr Sohn/Ihre Tochter diese Pflichten?

☐ gerne ☐ ungerne ☐ weigert sich oder vergisst

Weitere **wichtige Dinge** oder **noch nicht genannte belastende Lebensereignisse**, die wir über/von Ihrem Sohn/Ihre Tochter wissen sollten?

.....
Ausgefüllt von

Datum