
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?

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

Wer hat Ihnen das Maudacher Therapiezentrum empfohlen?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kinder-/Hausarzt bzw. -ärztin | <input type="radio"/> Kindergarten / Schule |
| <input type="radio"/> Internet | <input type="radio"/> Erziehungsberatungsstelle Schulpsych. Dienst |
| <input type="radio"/> PsychologIn, PsychotherapeutIn | <input type="radio"/> Jugendamt |
| <input type="radio"/> Eltern, Angehörige | <input type="radio"/> 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
<input type="radio"/> Blutung	<input type="radio"/> Erhöhter Blutdruck
<input type="radio"/> Fruchtwasseruntersuchung	<input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)
<input type="radio"/> Vorzeitige Wehen	<input type="radio"/> Infektionskrankheiten
<input type="radio"/> Schwangerschaftserbrechen	<input type="radio"/> Ödeme (Wassereinlagerungen)
<input type="radio"/> Medikamenteneinnahme	<input type="radio"/> Fehl-/ oder Totgeburt
<input type="radio"/> Alkohol	<input type="radio"/> Seelische Belastung
<input type="radio"/> Rauchen	

Sonstiges

GEBURT UND NEUGEBORENENZEIT

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

ENTWICKLUNG IM SÄUGLINGS- UND KLEINKINDESALTER

Wurde Ihr Sohn/Ihre Tochter gestillt?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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

	Jahr / Monat		Jahr / Monat
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
<input type="radio"/>	Kinderkrippe/-tagesstätte		
<input type="radio"/>	Regelkindergarten		
<input type="radio"/>	Sonder-/Förderkindergarten		
<input type="radio"/>	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?

<input type="radio"/> Schlafstörungen	<input type="radio"/> Ungeschicktheit	<input type="radio"/> Trotz, Ungehorsam
<input type="radio"/> Ängstlichkeit	<input type="radio"/> Bewegungsstörungen	<input type="radio"/> Wutausbrüche
<input type="radio"/> Gehemmtheit, Schüchternheit	<input type="radio"/> Zappeligkeit	<input type="radio"/> Kontaktstörungen
<input type="radio"/> Einordnungsschwierigkeiten	<input type="radio"/> Unkonzentriertheit	<input type="radio"/> Sexuell auffälliges Verhalten
<input type="radio"/> auffälliges Spielverhalten	<input type="radio"/> Bauchschmerzen	<input type="radio"/> Tics
<input type="radio"/> Essensschwierigkeiten	<input type="radio"/> Kopfschmerzen	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> Häufig <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> Nie	Haben Sie Kontakt mit der Schule:	<input type="radio"/> Häufig <input type="radio"/> Selten <input type="radio"/> 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**?

<input type="radio"/> Zerstreut	<input type="radio"/> Mit häufigen Pausen	<input type="radio"/> Gibt leicht auf
<input type="radio"/> Verspielt	<input type="radio"/> Ausdauernd	<input type="radio"/> Lustlos
<input type="radio"/> Braucht Hilfe	<input type="radio"/> Unordentlich	<input type="radio"/> Muss sich häufig bewegen
<input type="radio"/> Verträumt	<input type="radio"/> Abgelenkt	<input type="radio"/> Selbstständig
<input type="radio"/> Konzentriert	<input type="radio"/> Gewissenhaft	<input type="radio"/> Langsam
<input type="radio"/> Oberflächlich	<input type="radio"/> Braucht Druck von außen	<input type="radio"/> Macht unregelmäßig Hausaufgaben

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

<input type="radio"/> Zuversichtlich	<input type="radio"/> Hat keinen Appetit	<input type="radio"/> Ist sehr aufgeregt
<input type="radio"/> Ruhig, gelassen	<input type="radio"/> Erbrechen, Übelkeit	<input type="radio"/> Hat Angst
<input type="radio"/> Verschweigt Klassenarbeiten	<input type="radio"/> Schlafstörungen	<input type="radio"/> 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?
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Welche Medien besitzt Ihr Kind / kann Ihr Kind nutzen? (z. B. TV, Handy, Tablet, Laptop, PC, Spielekonsolen, usw.):
Er/sie verbringt die Freizeit		
<input type="radio"/> Lieber alleine	<input type="radio"/> Lieber mit Gleichaltrigen	
<input type="radio"/> Lieber mit Erwachsenen	<input type="radio"/> Lieber mit Jüngeren	
Er/sie hat		Wieviele Stunden darf Ihr Kind Medien pro Tag nutzen?
<input type="radio"/> Viele Freunde / Freundinnen	<input type="radio"/> Wenige Freunde / Freundinnen	
<input type="radio"/> Keine Freunde / Freundinnen	<input type="radio"/> Wenige, aber sehr enge Freundschaften	Hat Ihr Kind einen Fernseher im Zimmer? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Welche?		Beschränken Sie aktiv den Medienkonsum Ihres Kindes? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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 Klinikaufhalten:

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 leben getrennt seit

Eltern sind geschieden seit

neue Partnerschaft des Vaters seit

Mutter / Vater alleinerziehend 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