



Praxis für Psychotherapie und Neuropsychologie

Dr. phil. Dipl.-Psych. Simone Goebel

Sophienblatt 19, 24103 Kiel

Telefon: 0431-58094190

E-Mail: praxis@therapie-goebel.de

Web: www.therapie-goebel.de

Elternfragebogen

Dieser Fragebogen dient dazu, wichtige Informationen für die Diagnostik und Behandlung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zu erheben. So ermöglichen Sie mir eine gründliche Beschäftigung mit wichtigen Informationen zu Ihrem Kind und erleichtern eine individuelle und zielgerichtete Behandlungsplanung. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten wollen, lassen Sie sie einfach aus. Falls Sie mehr Platz benötigen, hängen Sie bitte weitere Seiten an.

Name des Kindes: _____ Geb.-Datum: _____

Geburtsort: _____ Muttersprache: _____

Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers/unsicher

aktuelle Familiensituation (Mehrfachantworten möglich):

- mit beiden leiblichen Eltern
- mit einem leiblichen Elternteil
- mit einem Stief-Elternteil/ neuem Partner/neuer Partnerin eines Elternteils
- mit leiblichen Geschwistern
- mit Halb-/Stiefgeschwistern
- mit sonstigen Personen (z. B. Pflegeeltern, Großeltern):

Sind die leiblichen Eltern getrennt? ja, seit: _____ nein

Falls ja: Bis zu welchem Alter Ihres Kindes lebte welcher Elternteil mit Ihrem Kind zusammen in einem Haushalt?

Falls ja: Wer hat das Sorgerecht?

Falls ja: Wie sind die Wohn-/Besuchsregelungen?

Alter der leiblichen Mutter: _____ Alter des leiblichen Vaters: _____

Ist ein Elternteil oder Geschwister verstorben? Wenn ja, wann und woran?

Schulabschluss, Beruf und aktuelle Arbeitstätigkeit der leiblichen Mutter:

Schulabschluss, Beruf und aktuelle Arbeitstätigkeit des leiblichen Vaters:

Alter, Schulabschluss, Beruf und aktuelle Arbeitstätigkeit weiterer Partner:innen, die zurzeit mit dem Kind zusammen leben:

Bitte tragen Sie hier die Namen und Geburtsdaten der Geschwister Ihres Kindes ein:

Falls diese nicht mit Ihrem Kind zusammen leben, geben Sie bitte an, wo diese sich gewöhnlich aufhalten (z. B. eigene Wohnung, getrennt lebendes Elternteil):

Gehören die leiblichen Eltern und/oder Partner:innen, die zurzeit mit dem Kind zusammen leben, einer Religionsgemeinschaft an?

nein ja, und zwar:

Aktuelle Wohnsituation (z. B. Haus, Wohnung):

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? nein ja

Gibt es aktuell Probleme mit der Wohnsituation? nein ja, und zwar:

Gab es Umzüge/Wohnortwechsel? Wenn ja, geben Sie bitte an welche und wie alt Ihr Kind war:

Gibt es finanzielle Sorgen? nein ja

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Schulform: _____ Klasse: _____

Gibt es aktuell Probleme mit der Schule? nein ja, und zwar:

Gibt es aktuelle belastende Lebensereignisse oder -umstände?

nein ja, und zwar:

Besonderheiten in der Familie, die für die Therapie von Interesse sein könnten:

Fragen zum körperlichen Gesundheitszustand

Hat Ihr Kind eine chronisch-körperliche Erkrankung (z. B. Asthma, Epilepsie, Diabetes, Neurodermitis)? nein ja, und zwar:

Liegen andere körperliche Erkrankungen vor? nein ja, und zwar:

Gab es einen oder mehrere längere Klinikaufenthalte? Wenn ja, welche und warum, wie alt war Ihr Kind und konnten Mutter und/oder Vater dabei sein?

Nimmt ihr Kind Medikamente? nein ja, und zwar:

Wie ist der allgemeine Gesundheitszustand Ihres Kindes? normal gesund
 kränklich
 sehr robust

Machen Sie sich aktuell Sorgen um die körperliche Gesundheit Ihres Kindes?
 nein ja, wegen:

Gibt es schwere oder chronische Erkrankungen oder Behinderungen bei den Eltern oder anderen wichtigen Bezugspersonen? nein ja, und zwar:

Gibt es Familienangehörige, die an einer psychischen Störung (auch Suchtprobleme) leiden?
 nein ja, und zwar (wer und was):

Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Gab es Probleme in der Schwangerschaft oder Geburtskomplikationen (z. B. Frühgeburt, Kaiserschnitt, zu geringes Geburtsgewicht)? nein ja, und zwar:

Gab es Probleme im ersten Lebensjahr (z. B. exzessives Schreien, schwer beruhigbar, Ein- und Durchschlafprobleme, Fütterprobleme?) nein ja, und zwar:

Gab es Entwicklungsverzögerungen (z. B. laufen, sprechen lernen)?
 nein ja, und zwar:

Andere Besonderheiten: nein ja, und zwar:

Haben Sie/ hat die leibliche Mutter in der Schwangerschaft geraucht, Alkohol/ Drogen/ Medikamente konsumiert? nein ja, und zwar (was, Menge):

Hat Ihr Kind irgendwann einen schweren Unfall erlitten? nein ja
 Wenn ja, welchen? Wie alt war Ihr Kind? Waren damit eine Operation, ein
 Krankenhausaufenthalt, Einschränkungen (bewegen, spielen...) verbunden?

Welche Schwierigkeiten/Probleme/Symptome bestehen oder bestanden bei Ihrem Kind?

Bitte kreuzen Sie die Dinge mit „ja“ an, die Ihnen Sorgen machten oder machen bzw. die deutlich über ein normales Maß hinausgehen oder stark von Gleichaltrigen abweichen:

	ja, früher	ja, aktuell	nie
Ängste/Vermeidung bei Trennung von Eltern			
Ängste/Vermeidung in sozialen Situationen, Kontaktprobleme, starke Schüchternheit			
Sonstige starke Ängste/Vermeidung (z. B. Spinnen, Prüfungen)			
Angstanfälle/Panikattacken			
Ablenkbar/unkonzentriert			
Zappelig/motorisch unruhig			
Kann nicht Abwarten, ist impulsiv, unterbricht andere			
Schwierigkeiten in der Emotionsregulation, dünnhäutig, aufbrausend			
Widersetzt sich Erwachsenen, hält sich nicht an Absprachen			
Aggressiv, beleidigt andere, körperliche Auseinandersetzungen, lügen...			
Probleme mit Gleichaltrigen			
Probleme mit Erwachsenen			
Niedergeschlagen/traurig			
Geringes Selbstwertgefühl/-bewusstsein			
Zieht sich zurück, antriebslos, Verlust von Interesse			
Schlafstörungen/Alpträume/Schlafwandeln			
Appetit-/Gewichtsverlust, extreme Diäten			
Appetitsteigerung, Gewichtszunahme, Essanfälle			
Zwänge (z. B. zählen, berühren, kontrollieren, waschen)			
Körperliche Symptome ohne medizinischen Grund (z. B. Übelkeit, Kopfschmerzen)			
Konsum von Alkohol/Drogen/Medikamenten			
Verhaltenssüchte, z. B. Internet, Computerspiele, Einkaufen			
Selbstverletzung (z. B. ritzen); Suizidgedanken oder -versuche			
motorische oder verbale Tics/ stottern			
Fehlwahrnehmungen (z. B. Stimmen hören, Halluzinationen, fühlt sich verfolgt ohne erkennbaren Grund)			
Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, andere kognitive Auffälligkeiten oder Veränderungen			
Unsicherheit in der Geschlechtsidentität/sexuellen Orientierung			
Einnässen/einkoten nachts oder tagsüber			
Probleme beim Schreiben/Lesen/Rechnen, Lernschwierigkeiten			
sonstige:			
sonstige:			
sonstige:			

Beschreiben Sie bitte mit eigenen Worten die wichtigsten Probleme und Anliegen:

Wie äußern sich die Probleme zu Hause/ in der Familie?

Wie äußern sich die Probleme in der Schule?

Schildern Sie bitte kurz die Geschichte und die Entwicklung der Probleme (vom Zeitpunkt des Einsetzens bis heute):

Gibt es Zeiten/Situationen, in denen diese Probleme nicht, weniger oder nur selten auftreten?

Auf einer Skala von 1 („leicht störend“) bis 10 („unerträglich“): Wie stark stufen Sie die Probleme ein?

Was ist/sind aus Ihrer Sicht die Ursache(n) der Probleme und Schwierigkeiten Ihres Kindes?

Welche Hilfen (z. B. Klinik, Beratung, Therapie, Jugendamt) haben Sie bisher in Anspruch genommen? Wann und weshalb? Waren diese hilfreich? Was genau hat geholfen?

Wie würden Sie Ihr Kind charakterisieren? Wie das Temperament, das Wesen, die Persönlichkeit Ihres Kindes beschreiben?

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit? Was sind seine Hobbys/Interessen?

Was sind Stärken Ihres Kindes? Was mögen Sie oder andere an Ihrer Tochter/Ihrem Sohn besonders? Welche Lebensbereiche sind von den Problemen nicht betroffen?

Welche wichtigen Veränderungen erhoffen Sie sich oder wünschen Sie sich von der Therapie? Was sollte sich für Ihr Kind und/ oder Ihre Familie verändern?

Was sollte in der Behandlung oder durch die Behandlung auf keinen Fall passieren?

Was haben Sie oder andere Bezugspersonen bisher versucht, um die Probleme zu verändern? Mit welchen Ergebnissen?

Was ist noch wichtig?