

Sehr geehrte Eltern,

um die vielfältigen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen verstehen und einordnen zu können, bitten wir Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Sie helfen uns so, mit Ihnen gemeinsam Hilfestellung und Lösungen für Sie und Ihr Kind zu finden. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Vor- und Zuname Ihres Kindes: _____ geb. am: _____

VORSTELLUNGSGRUND

Welche **Schwierigkeiten, Sorgen oder Probleme** veranlassen Sie, Ihr Kind bei uns vorzustellen?

Konnten Sie in den letzten Monaten eine der folgenden **Verhaltensweisen** bei Ihrem Kind beobachten:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität/
motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> Suizidgedanken |
| <input type="checkbox"/> Alkoholmissbrauch | <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme | <input type="checkbox"/> Tics |
| <input type="checkbox"/> Ängste | <input type="checkbox"/> körperliche Beschwerden | <input type="checkbox"/> Übermäßiger Medienkonsum
(TV, Handy, PC, Konsole,...) |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Lernprobleme in der Schule | <input type="checkbox"/> Verweigerndes Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen | <input type="checkbox"/> Lügen | <input type="checkbox"/> Verwirrtheit/
Orientierungslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Diebstähle | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Wahnvorstellungen |
| <input type="checkbox"/> Drogenkonsum | <input type="checkbox"/> Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Weglaufen/Streunen |
| <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Schuleschwänzen | <input type="checkbox"/> Wutanfälle |
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Schulverweigerung | <input type="checkbox"/> Zündeln |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungen | <input type="checkbox"/> Zwänge |
| <input type="checkbox"/> Gedrückte Stimmung | <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Hausaufgabenprobleme | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | |

ENTWICKLUNGSGESCHICHTE IHRES KINDES

SCHWANGERSCHAFT

Traten in der Schwangerschaft **Erkrankungen oder Komplikationen** (z.B. Blutungen, CTG-Auffälligkeiten, Schwangerschaftsdiabetes, vorzeitige Wehen,...) auf?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Anamnestischer Elternfragebogen

Dr. med. Daniel Brox,
Facharzt für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

Haben Sie unter **schweren seelischen Belastungen** gelitten?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Wurden **Medikamente** während der Schwangerschaft eingenommen?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Haben Sie während der Schwangerschaft **Zigaretten, Alkohol** oder **sonstige Drogen** konsumiert?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

GEBURT

In welcher **Schwangerschaftswoche** wurde Ihr Kind geboren _____

APGAR-Werte: _____ Geburtsgewicht _____ g, Größe: _____ cm, Kopfumfang: _____ cm

Gab es bei der Geburt **Komplikationen** (z.B. Saugglockengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnurumschlingung, Verschlechterung der Herztöne,...)?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Musste Ihr Kind nach der Geburt aufgrund **gesundheitlicher Probleme** für längere Zeit in der Klinik bleiben, um dort betreut zu werden (z.B. Brutkasten, Sauerstoffbeatmung,...)?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Gab es **sonstige Auffälligkeiten** in der Neugeborenenperiode?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Wurde Ihr Kind **gestillt**?

- Nein
 Ja, und zwar bis zum: _____ Monat

Traten **im ersten Lebensjahr Schwierigkeiten** (wie z.B. exzessives Schreien, schwere Probleme beim Essen oder Füttern, Schlafstörungen, Kontaktstörungen,...) auf?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Ihr Kind konnte alleine gehen mit _____ Monaten

Ihr Kind sprach die ersten Worte mit _____ Monaten

Ihr Kind war sauber mit _____ Monaten

Ihr Kind war trocken mit _____ Monaten

KINDERGARTENZEIT

Gab es Auffälligkeiten in der **Sprachentwicklung** (wie z.B. Stottern, undeutliche Aussprache, Lispeln, über längere Zeit nicht sprechen,...)?

- Nein
- Ja, und zwar: _____

Gab es Auffälligkeiten in der **motorischen Entwicklung** (wie z.B. Unbeholfenheit, feinmotorische Ungeschicktheit (z.B. beim Ausschneiden),...)?

- Nein
- Ja, und zwar: _____

Gab es Auffälligkeiten in der **Sauberkeitsentwicklung** (Einnässen tagsüber / nachts, Einkoten)?

- Nein
- Ja, und zwar: _____

Gab es Auffälligkeiten in der **allgemeinen Entwicklung / im Verhalten**, welche von Ihnen oder anderen Bezugspersonen (z.B. Erzieher) beobachtet wurden?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ablehnung / Außenseiterrolle | <input type="checkbox"/> Kontakt-/ Kommunikationsprobleme |
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit vor: _____ | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einzelgänger | <input type="checkbox"/> Trennungsangst |
| <input type="checkbox"/> Essprobleme | <input type="checkbox"/> Trotziges Verhalten oder häufige Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Gehemmtheit oder Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Zappeligkeit |
| <input type="checkbox"/> Häufige Bauch- oder Kopfschmerzen | |

Andere: _____

Hat Ihr Kind einen **Kindergarten** besucht? (Wenn nein, weshalb nicht).

- Nein, weil _____
- Ja, und zwar im Alter von _____ bis _____ Jahren

Hat ein **Wechsel des Kindergartens** stattgefunden? (Wenn ja, warum)

- Nein
- Ja, weil _____

Ging Ihr Kind **gerne und regelmäßig** in den Kindergarten?

- Nein, weil _____
- Ja

SCHULZEIT

Die **Einschulung** Ihres Kindes erfolgte mit _____ Jahren.

Sie erfolgte zeitgerecht, vorzeitig, zurückgestellt.

Hat Ihr Kind **Klasse(n) wiederholt**? (Wenn ja, welche)

- Nein
- Ja, und zwar _____

Anamnestischer Elternfragebogen

Dr. med. Daniel Brox,
Facharzt für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

Bitte geben Sie die **Schulen** an, die Ihr Kind bisher besucht hat?
(Name der Schule, Schultyp, von wann bis wann wurde die Schule besucht)

Bitte geben Sie die **aktuellen schulischen Leistungen** Ihres Kindes in Schulnoten (1-6) an:

Deutsch: _____ Mathematik: _____ Englisch: _____

Haben sich die schulischen Leistungen Ihres Kindes in der letzten Zeit **verschlechtert**? (Wenn ja, seit wann und ggf. aus welchem Grund)?

Nein

Ja, seit _____

Wie sehr müssen Sie sich um die **Schule** und die **Hausaufgaben** bei dem Kind kümmern:

Sehr oft ab und zu nur selten

Ihr Kind benötigt für seine **Hausaufgaben** täglich _____ Stunden.

Bekommt Ihr Kind **Nachhilfeunterricht**? (Wenn ja, wie oft, seit wann und in welchen Fächern)

Nein

Ja, _____

FREIZEIT

Bestehen eine **Vereinsmitgliedschaft** oder andere **regelmäßige Freizeitaktivitäten**?

Nein

Ja, und zwar _____

Wie viele **gute Freunde** hat Ihr Kind? _____

Wie oft in der Woche trifft sich Ihr Kind mit Freunden? _____

Was spielt Ihr Kind am liebsten bzw. womit verbringt es **hauptsächlich** seine Freizeit?

Welche **elektronischen Medien** konsumiert Ihr Kind am meisten?

Wie viele **Stunden täglich** konsumiert Ihr Kind diese elektronischen Medien?

_____ Stunden an Schultagen _____ Stunden an schulfreien Tagen

Anamnestischer Elternfragebogen

Dr. med. Daniel Brox,
Facharzt für Kinder- und Jugend-
psychiatrie und -psychotherapie

Gibt es **gemeinsame Rituale** im Alltag Ihres Kindes? (Wenn ja, welche → Bsp. Zubettgebräuel,....)

- Nein
 Ja, und zwar _____

Gibt es **regelmäßige gemeinsame Aktivitäten** Ihres Kindes mit seinen Eltern? (Wenn ja, welche)

- Nein
 Ja, und zwar _____

Hat Ihr Kind einen **Führerschein** bzw. macht gerade den Führerschein? Ja Nein

KRANKENGESCHICHTE

Bei wem waren Sie mit Ihrem Kind in Behandlung, bevor Sie sich an uns gewendet haben?

Bitte geben Sie den Namen sowie die Art und Dauer der Behandlung an:

Beispiel: Frau Meier Ergotherapie 2012 – 2014

Wurde oder wird Ihr Kind aufgrund der Probleme schon einmal **medikamentös** behandelt?

Bitte geben Sie den Namen des Medikamentes und die Dosierung an. Von wann bis wann hat Ihr Kind das Medikament eingenommen? Wer hat das Medikament verordnet?

Beispiel: Ritalin 2x10mg seit Sommer 2013

Gab es **schwere körperliche Krankheiten / Unfälle / Operationen**? (Bitte geben Sie auch an, wie alt Ihr Kind war und ob und wie lange es im Krankenhaus war)

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Hat Ihr Kind **chronische Erkrankungen** (z. B. Asthma, Neurodermitis)?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Hat Ihr Kind **Allergien**?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

Gab es bei Ihrem Kind Hinweise auf **Sehchwächen / Hörschwächen**?

- Nein
 Ja, und zwar: _____

