

## Elternfragebogen

Für die tagesklinische oder stationäre Behandlung Ihres Kindes in unserer Klinik sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes sind u.a. das familiäre und soziale Umfeld, die bisherige Entwicklung des Kindes und die Schulkarriere wichtig. Auch was Sie schon unternommen haben und wer die Vorbehandler sind. Außerdem interessieren uns auch die Hobbies und Interessen Ihres Kindes.

*Bitte bringen Sie diesen vollständig ausgefüllten Bogen am Tag der Aufnahme mit.*

Bei vielen Fragen sind mehrere Antworten möglich.

Nachname des Kindes: .....	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Vorname des Kindes: .....	
Geburtsdatum: .....	
Telefon: .....	Zwilling / Mehrling: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Handy-Nr. (Vater): .....	
Handy-Nr. (Mutter): .....	
Wer füllt den Fragebogen aus:	
Datum:	Unterschrift:

Bitte bringen Sie zur Aufnahme in die Klinik (außer diesem ausgefüllten Fragebogen) noch folgendes mit:

- Krankenversichertenkarte und Überweisungsschein
- das gelbe Vorsorge-Untersuchungsheft
- den Impfausweis
- Schulzeugnisse
- Vorbefunde (sofern vorhanden)

### Noch eine wichtige Bitte:

Falls Ihr Kind oder ein naher Verwandter am Aufnahmetag oder den Tagen zuvor eine ansteckende Erkrankung hat(te), wie z. B. Erbrechen, Durchfall, Masern o.ä. oder das Kind Kontakt zu jemandem mit Läusebefall hatte, informieren Sie bitte vorher *zwingend* die aufnehmende Station. Vielen Dank dafür!

*\* Der besseren Lesbarkeit wegen wird im Fragebogen bei Berufen immer die männliche Form genannt. Es sind aber immer ausdrücklich Männer und Frauen gemeint.*

F090-01	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite 1 von 12
Juli 2018	A. Becker	Prof. Becker 07.08.18	Prof. Becker 09.08.18	

## Sorgeberechtigte / (leibliche) Eltern

1. Mutter

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Schulabschluss: .....

Berufsausbildung: .....

derzeitige Tätigkeit: .....

Stundenumfang: .....

Bestehen bei der Mutter körperliche Erkrankungen oder psychische Probleme (z.B. Ängste, Depression, Alkoholprobleme, Schizophrenie, etc.)?

nein

ja, bitte beschreiben:

2. Vater

Name: .....

Geburtsdatum: .....

Schulabschluss: .....

Berufsausbildung: .....

derzeitige Tätigkeit: .....

Stundenumfang: .....

Bestehen beim Vater körperliche Erkrankungen oder psychische Probleme (z.B. Ängste, Depression, Alkoholprobleme, Schizophrenie, etc.)?

nein

ja, bitte beschreiben:



<p>7. Haben Sie sich wegen der beschriebenen Probleme schon an andere Stellen gewandt (z.B. Kinder- und Jugendpsychiater*, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*, Sozialpädiatrisches Zentrum, Erziehungsberatungsstelle etc.)?</p> <p>Gibt es Vorbehandler?</p> <p><b>Falls vorhanden, bitte Arztbriefe und Vorbefunde mitbringen!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, welche und wann (bitte mit Anschrift)?</p> <p>1. _____ _____</p> <p>2. _____ _____</p> <p>3. _____ _____</p> <p>Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen empfohlen (z. B. Therapie, Familienhilfe etc.)?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>8. Hatten Sie bereits Kontakt mit dem schulpsychologischen Dienst, dem Schulsozialarbeiter oder dem Beratungs- und Förderzentrum (BFZ) wegen der beschriebenen Probleme?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar mit ...</p> <p><input type="checkbox"/> dem schulpsychologischen Dienst Name: _____</p> <p><input type="checkbox"/> dem Schulsozialarbeiter Name: _____</p> <p><input type="checkbox"/> dem Beratungs- und Förderzentrum welches: _____</p>
<p>9. Haben Sie gegenwärtig oder in der Vergangenheit Hilfen zur Erziehung oder andere Unterstützung von Seiten des Jugendamtes erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar von ...</p> <p>Jugendamt _____</p> <p>zuständiger Sachbearbeiter _____</p>

## Entwicklung des Kindes

10. Bitte geben Sie die Geburtsdaten Ihres Kindes an

(Tipp: steht im gelben Vorsorgeuntersuchungsheft bei der U1)

Geburtsgewicht: ..... g  
 Geburtslänge: ..... cm  
 Kopfumfang: ..... cm  
 APGAR-Index: .....  
 Entbindung in der ..... Schwangerschaftswoche

11. Rauchen und / oder Alkoholkonsum während der Schwangerschaft?

Rauchen während der Schwangerschaft?

nein

ja, Anzahl der Zigaretten pro Tag .....

Alkoholkonsum während der Schwangerschaft?

gar keinen Alkohol

ab und zu  
Wie oft? Was? Wieviel?

regelmäßig  
Wie oft? Was? Wieviel?

12. Gab es Besonderheiten / Schwierigkeiten in der Schwangerschaft?

nein  
 ja, bitte beschreiben:

13. Gab es Besonderheiten / Schwierigkeiten unter der Geburt oder kurz danach?

nein  
 ja, bitte beschreiben:

14. Gab es im 1. Lebensjahr Probleme beim Schlafen, mit dem Essen oder mit häufigem Schreien?

nein  
 ja, bitte beschreiben:

<p>15. In welchem Alter konnte Ihr Kind ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• frei laufen: .....</li> <li>• erste Wörter (außer „Mama, Papa“): .....</li> <li>• 2- oder 3-Wort-Sätze: .....</li> <li>• Gab es Auffälligkeiten? .....</li> </ul>
<p>16. Wann war Ihr Kind ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trocken (Urin) tagsüber: .....</li> <li style="padding-left: 100px;">nachts: .....</li> <li style="padding-left: 100px;">wieder eingenässt: .....</li> <li>• sauber (Stuhlgang): .....</li> <li style="padding-left: 100px;">wieder eingekotet: .....</li> </ul>
<p>17. Liegt bei Ihrem Kind eine Schädigung der Sinnesorgane vor? Wenn ja, bitte beschreiben.</p>	<p><input type="checkbox"/> Hören: .....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Sehen: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>18. Leidet Ihr Kind an körperlichen Erkrankungen und/oder besteht eine Allergie (z.B. Asthma, Allergien, Epilepsie etc.) oder liegt eine Nahrungsmittelunverträglichkeit vor?</p> <p style="text-align: center;"><b>Falls vorhanden, bitte Arztbriefe und Vorbefunde mitbringen!</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, bitte beschreiben:</p>
<p>19. Wer ist der Kinderarzt / Hausarzt Ihres Kindes? (bitte Name und Adresse)</p>	

<p>20. Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja, und zwar (bitte Medikamentenname und Dosierung angeben):</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p>3. ....</p>
<p>21. Welche (oben noch nicht erwähnten) Förderungen hat Ihr Kind in der Vergangenheit erhalten?</p>	<p><input type="checkbox"/> Krankengymnastik/Physiotherapie</p> <p>Praxis: .....</p> <p>von: ..... bis: .....</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Frühförderung</p> <p>Praxis: .....</p> <p>von: ..... bis: .....</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Ergotherapie</p> <p>Praxis: .....</p> <p>von: ..... bis: .....</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Logopädie/Sprachtherapie</p> <p>Praxis: .....</p> <p>von: ..... bis: .....</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Förderunterricht/Nachhilfe</p> <p>Praxis: .....</p> <p>von: ..... bis: .....</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> Andere</p> <p>Was: .....</p> <p>von: ..... bis: .....</p>



24. Schule

**Falls Ihr Kind noch nicht die Schule besucht, →bitte weiter mit Frage 28**

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult bzw. wann ist dies geplant?

Welchen Schultyp besucht Ihr Kind zurzeit?

Name der Schule:

Ort:

In welcher Klassenstufe ist Ihr Kind aktuell:

Name des Klassenlehrers/der Klassenlehrerin:

Wie ist die Schullaufbahn Ihres Kindes bislang verlaufen?

unauffällig, keine Besonderheiten

es war in der Vorschule

es ist später eingeschult worden

es ist früher eingeschult worden

es hat eine Klasse wiederholt, welche? \_\_\_\_\_

es hat eine Klasse übersprungen, welche? \_\_\_\_\_

Schulwechsel im Jahr: \_\_\_\_\_

kein Schulbesuch von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme bezüglich Schule?

nein, keine Probleme →bitte weiter mit Frage 28

(wenn ja, bitte Beispiele benennen, Mehrfachnennungen möglich)

ja, leistungsbezogene Probleme

ja, Probleme im Sozialverhalten / mit anderen

ja, Probleme im Arbeitsverhalten

<p>25. Hausaufgaben</p>	<p>Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung der Hausaufgaben durch Ihr Kind?</p> <p><input type="checkbox"/> zufrieden/ keine Schwierigkeiten</p> <p><input type="checkbox"/> muss meistens mehrfach aufgefordert werden</p> <p><input type="checkbox"/> trödelt, ist unkonzentriert</p> <p><input type="checkbox"/> arbeitet nachlässig</p> <p><input type="checkbox"/> braucht ständige Hilfe</p> <p><input type="checkbox"/> verschweigt oder vergisst Hausaufgaben</p> <p><input type="checkbox"/> weigert sich, Hausaufgaben zu machen</p> <p><input type="checkbox"/> anderes:</p> <p>Dauer der Hausaufgaben:</p>
<p>26. Lob und Kritik der Lehrer an Ihrem Kind</p>	<p>Was loben die Lehrer an Ihrem Kind? (bitte in Stichworten):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Was beanstanden die Lehrer an den Leistungen und/oder dem Verhalten des Kindes?</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>27. Angestrebter Schulabschluss</p>	<p>Welchen Schulabschluss (soweit derzeit beurteilbar) wird Ihr Kind wohl machen?</p> <p><input type="checkbox"/> noch offen</p> <p><input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Realschulabschluss</p> <p><input type="checkbox"/> Fachabitur</p> <p><input type="checkbox"/> Abitur</p> <p><input type="checkbox"/> anderen Abschluss:</p>

**Freizeit / Freunde / Hobbies / Medienkonsum**

28. Wie schätzen Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern/Jugendlichen ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

- hat gute Freunde
- hat keine Freunde
- Kontakt überwiegend mit Älteren
- Kontakt überwiegend mit Jüngeren
- hat Schwierigkeiten, weil .....

29. Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit? Welche Hobbies / Interessen hat es?

- mit Freunden
- ist überwiegend mit Erwachsenen zusammen
- ist Mitglied in einem Verein/ in einer Jugendgruppe  
Welche(r)?  
.....
- spielt ein Musikinstrument /ist in einem Chor  
.....
- hat Hobbies und Interessen (welche)?  
.....
- beschäftigt sich mit:  
.....
- langweilt sich

30. Wie sieht der Medienkonsum Ihres Kindes aus?

- Fernsehen, wie viele Stunden täglich? .....
- Konsolen-Spiele, wie viele Stunden täglich? .....
- andere Medien (PC, Tablet, Smartphone usw.),  
welche und wie viele Stunden täglich?  
.....

Stärken des Kindes	
<p>31. Beschreiben Sie bitte die Stärken / besten Seiten/ Merkmale Ihres Kindes (bitte in Stichworten)</p>	
Was Ihnen noch am Herzen liegt	
<p>32. Gibt es noch etwas, das <i>Sie</i> uns mitteilen möchten, weil es wichtig ist</p> <p>(besondere Ereignisse, Vorkommnisse, Belastungen oder sonstiges?)</p>	

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!