

## Fragebogen zur Vorgeschichte

### Liebe Eltern, Liebe Jugendliche

um ein möglichst umfassendes Bild von der Entwicklung Ihres Kindes / Dir / Ihnen bis zum Zeitpunkt unseres ersten Gesprächs zu erhalten, bitte ich Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Er ist nur für mich als Informationshilfe gedacht und wird, für Dritte nicht zugänglich, in der Patientenakte verwahrt. Diese Angaben sind streng vertraulich! ALLE ANGABEN UNTERSTEHEN DER SCHWEIGEPFLICHT!

Um mir die Untersuchung zu erleichtern,

bitte ich Sie, den Fragebogen auszufüllen und zum vereinbarten Untersuchungstermin zusammen mit

der Kopie des letzten Zeugnisses Ihres Kindes

Kopien von für mich relevanten Vorbefunden mitzubringen (z.B. Klinikberichte)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

### 1. Angaben zum Kind / Jugendlichen

Name, Vorname	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit
Handy Nummer / Email des Kindes / Jugendlichen	Religion
Das Kind lebt bei:	
<input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung: _____ <input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> Adoptiveltern	

### 2. Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer Probleme oder wegen Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Arzt/Ärztin für Kinder- u. Jugend-Psychiatrie	Name	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie / Psychosomatik	Welche?	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Institutsambulanz	<input type="radio"/> MAP <input type="radio"/> Akademie für Psychoanalyse <input type="radio"/> Andere .....	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapie	Name  Hat eine Therapie stattgefunden <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Wieviel Stunden: _____  Welches Verfahren <input type="radio"/> Verhaltenstherapie <input type="radio"/> Tiefenpsychologisch fundierte Therapie <input type="radio"/> Analytische Therapie	In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	In welchem Jahr



**6. Angaben zur leiblichen Mutter**

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Religion
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon	Email	

**7. Angaben zum leiblichen Vater**

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Religion
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon	Email	

**8. Angaben zur neuen Partnerin des Vaters**

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Religion
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		

**9. Angaben zum neuen Partner der Mutter**

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Religion
Geburtsdatum		Staatsangehörigkeit
Ausgeübter Beruf		
<input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		

**10. Angaben zu den Geschwistern** (auch Halb- und Stiefgeschwister)  Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname	Leiblich / Stief / Halb geschwister	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung	Klasse	wohnt zu Hause?

**11. Gibt es familiäre Erkrankungen?**

	<u>Vater</u>	<u>Mutter</u>	<u>Geschwister</u>
Chronische Erkrankungen (welche?)			
Krebs			
Krampfanfälle			
Operationen (welche, wann?)			
Psychische Erkrankungen			
	<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Angststörung	<input type="checkbox"/> Angststörung
	<input type="checkbox"/> Essstörung	<input type="checkbox"/> Essstörung	<input type="checkbox"/> Essstörung
	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Depressionen
	<input type="checkbox"/> Zwangserkrankung	<input type="checkbox"/> Zwangserkrankung	<input type="checkbox"/> Zwangserkrankung
	<input type="checkbox"/> Sucht	<input type="checkbox"/> Sucht	<input type="checkbox"/> Sucht
	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Psychose
Hat schonmal eine Psychotherapie stattgefunden (wann? weshalb?)			
Hat ein Klinikaufenthalt stattgefunden (wann? weshalb?)			

## 12. Wie verlief die Schwangerschaft?

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> beschwerlich
<input type="checkbox"/> Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft	Wenn ja, nachfolgend ankreuzen?
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftsdiabetes	
<input type="checkbox"/> Übermäßige Übelkeit	
<input type="checkbox"/> Blutungen (musste die Mutter liegen, ab welcher Woche?.....)	
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	
<input type="checkbox"/> Infektionen	
<input type="checkbox"/> Unfälle/Operationen der Mutter während der Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> psychische Belastungen	
<input type="checkbox"/> Todesfälle während der SS (wer?.....)	
<input type="checkbox"/> Medikamente ?	(welche, Dosis? _____ )
<input type="checkbox"/> Alkohol	
<input type="checkbox"/> Zigaretten	( _____ täglich)
<input type="checkbox"/> andere Drogen	
<input type="checkbox"/> Das Kind war zu dem Zeitpunkt erwünscht	
<input type="checkbox"/> Das Geschlecht des Kindes war zu dem Zeitpunkt erwünscht	
<input type="checkbox"/> Berufstätigkeit der Mutter bis zur SS-Woche .....	
<input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung	
<input type="checkbox"/> Todgeburt vor der Schwangerschaft mit Patienten	
<input type="checkbox"/> Todgeburt nach der Schwangerschaft mit Patienten	

## 13. Wie verlief die Geburt ihres Kindes

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> im Krankenhaus _____	<input type="checkbox"/> Hausgeburt	
(welches?)		
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh (SSW: .....)	<input type="checkbox"/> zu spät (SSW.....)
<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	
<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?		
<input type="checkbox"/> Die Geburt musste eingeleitet werden		
<input type="checkbox"/> Besonders lange Geburt (Wehendauer: ..... Stunden)		
<input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung		
<input type="checkbox"/> Störung der kindlichen Herztöne		
<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt		
<input type="checkbox"/> Dammriss / Dammschnitt		
<input type="checkbox"/> Musste die Mutter nach der Geburt ärztlich versorgt werden (warum.....)		
<input type="checkbox"/> Musste das Baby nach der Geburt ärztlich versorgt werden (warum.....)		
<input type="checkbox"/> Das Kind schrie nicht sofort		
<input type="checkbox"/> Das Baby musste in den Brutkasten		
<input type="checkbox"/> Das Baby war von der Mutter getrennt (wielange?.....Stunden / Tage )		
Bei Kinder unter 3 Jahren:		
Gewicht: _____	Gramm	Länge: _____ cm
Kopfumfang: _____	cm	Apgar-Werte / /
Wurde Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____	

**14. Wurde ihr Kind gestillt**

Es liegen keine Informationen vor.

<input type="checkbox"/> ja (bis zur .....Woche / Monat)	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Probleme beim Stillen: welche: .....	

**15. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren**

Es liegen keine Informationen vor.

Welche Personen versorgten Ihr Kind regelmäßig in den ersten 3 Lebensjahren? (Mehrfachnennungen möglich)		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Krabbelstube / Kita (ab wann:.....)
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)	<input type="checkbox"/> andere Personen _____ (welche?)	
<input type="checkbox"/> Das Kind war längere Zeit von der Mutter getrennt (z.B. bei einem Krankenhausaufenthalt wieso? ..... wie lange?..... Wie war das Verhalten nach der Rückkehr .....		

**16. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren**

unauffällig

Es liegen keine Informationen vor.

(mehrere Angaben sind möglich)

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> suchte viel die Nähe der Mutter	<input type="checkbox"/> suchte viel Körperkontakt
<input type="checkbox"/> wehrte Körperkontakt ab	<input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden	<input type="checkbox"/> eifersüchtig
<input type="checkbox"/> emotionaler Kontakt schwierig	<input type="checkbox"/> Schreibaby	<input type="checkbox"/> übersensibel gegen Sinneseindrücke
<input type="checkbox"/> oft krank	<input type="checkbox"/> spielte wenig auf eigene Initiative	<input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich
<input type="checkbox"/> trotzig	<input type="checkbox"/> vermeidet Blickkontakt	
<input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen	_____ (welche?)	

**17. Fragen zur motorischen Entwicklung Ihres Kindes**

Es liegen keine Informationen vor.

Krabbeln mit: _____ Monaten	frei sitzen mit: _____ Monaten
Frei laufen mit: _____ Monaten	
Händigkeit	
<input type="checkbox"/> Rechts	
<input type="checkbox"/> Links	
<input type="checkbox"/> beidhändig	
Auffälligkeiten: _____ (welche?)	

**18. Fragen zur sprachlichen Entwicklung Ihres Kindes**  Es liegen keine Informationen vor.

Erste Sprache:  deutsch  andere: .....

Mehrsprachlichkeit, welche Sprachen: .....

erste Worte mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: \_\_\_\_\_ Monaten

Ausfälligkeiten

- Spricht nicht
- Spricht in bestimmten Situationen nicht: \_\_\_\_\_
- Spricht nicht mehr seit \_\_\_\_\_
- Aussprachefehler
- Geringer Wortschatz
- Grammatische Auffälligkeiten
- Scheint nicht zu verstehen was man meint

**19. Fragen zur Sauberkeitserziehung Ihres Kindes**  Es liegen keine Informationen vor.

**Sauberkeitserziehung**

Trocken (am Tag) mit \_\_\_\_\_ Monaten bzw. Jahren

Trocken (in der Nacht) mit \_\_\_\_\_ Monaten bzw. Jahren

Sauber (am Tag) mit \_\_\_\_\_ Monaten /Jahren

Sauber (in der Nacht) mit \_\_\_\_\_ Monaten /Jahren

**Sauberkeitserziehung nach dem 4.Lebensjahr**

Einnässen

- nein
- ja, an ca. \_\_\_\_\_ Tagen der Woche

Einkoten

- nein
- ja, an ca. \_\_\_\_\_ Tagen der Woche

**20. Fragen zur Kindergartenzeit**

entfällt, da kein Kindergarten besucht  Es liegen keine Informationen vor.

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten? vom \_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_ Lebensjahr

Halbtags  Ganztags

Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten?  Nein  Ja

Besuchte Ihr Kind einen Regelkindergarten?  Ja  Nein \_\_\_\_\_ (welchen?)

Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten?  Nein  Ja

Gab es im Kindergarten Probleme?

- Trennungängste
- Weint viel
- Wenig Kontakt mit anderen Kindern
- Viel Streit mit anderen Kindern
- Anführerposition
- Außenseiterposition
- Hält sich nicht an Regeln
- Andere, und zwar: .....

**21. Fragen zum Schulalter**

Es liegen keine Informationen vor.

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren?		<input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<input type="checkbox"/> ein Elternteil	<input type="checkbox"/> Verwandte/Bekannte	<input type="checkbox"/> Tagesmutter
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Tagesgruppe	<input type="checkbox"/> versorgt sich selbständig
Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes?		Einschulungsjahr-Grundschule: _____
<input type="checkbox"/> normaler Verlauf	<input type="checkbox"/> Vorklasse besucht	<input type="checkbox"/> verspätete Einschulung
<input type="checkbox"/> Wiederholung der ..... Klasse	<input type="checkbox"/> ..... Klasse übersprungen	<input type="checkbox"/> Wechsel auf eine Förderschule
<input type="checkbox"/> häufige Schulwechsel		
Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule?		<input type="checkbox"/> regelmäßig
<input type="checkbox"/> verspätet sich oft	<input type="checkbox"/> fehlt häufig wegen Krankheit	
<input type="checkbox"/> schwänzt/schwänzte häufig	<input type="checkbox"/> fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____	(welche?)
Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)		
<input type="checkbox"/> eigenes Zimmer	<input type="checkbox"/> Küche	<input type="checkbox"/> Wohnzimmer
<input type="checkbox"/> Hort	<input type="checkbox"/> Schule	<input type="checkbox"/> anderswo _____
		(wo?)
Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?		
<input type="checkbox"/> vorwiegend selbständig	<input type="checkbox"/> mit gelegentlicher Hilfe	<input type="checkbox"/> vorwiegend mit Hilfe
Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?		
<input type="checkbox"/> weniger als 30 min.	<input type="checkbox"/> zwischen 30 und 60 min.	
<input type="checkbox"/> zwischen 60 und 120 min.	<input type="checkbox"/> über 120 min.	
Erhält Ihr Kind Nachhilfeunterricht?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____	(welche Fächer?)
Derzeitige Auffälligkeiten in der Schule		
<input type="checkbox"/> Das Erreichen des Klassenziels ist gefährdet		
<input type="checkbox"/> Verweis (wofür?.....)		
<input type="checkbox"/> Aggressivität		
<input type="checkbox"/> Schlägereien		
<input type="checkbox"/> Trennungsangst		
<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwierigkeiten		
<input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten / sehr schüchtern		
<input type="checkbox"/> Unruhiges Verhalten		
<input type="checkbox"/> Schulschwänzen		
<input type="checkbox"/> Schulverweigerung		
<input type="checkbox"/> Schulangst		
<input type="checkbox"/> Mobbing		
<input type="checkbox"/> Leistungsknick, seit: _____		
<input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug, seit _____		
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		
Wurde eine Teilleistungsstörung diagnostiziert		
<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> Ja, und zwar: _____		

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit?  entfällt, da nicht schulpflichtig

Name der Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Name der Klassenlehrerin: \_\_\_\_\_

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss       Sonderschulabschluss       Hauptschulabschluss

Realschulabschluss       Fachhochschulreife       Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Stärken / Schwächen in der Schule

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**22. Fragen zur Freizeitbeschäftigung**

Es liegen keine Informationen vor.

Spielt Ihr Kind lieber:       allein       mit anderen Kindern       mit Erwachsenem

Alter der Freunde: :       gleichaltrig       jünger       älter

Findet Ihr Kind leicht Freunde:       ja       nein

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein       Musikgruppe       Spielgruppe

Jugendgruppe       Spielpark/Jugendzentrum       anderes: \_\_\_\_\_ (was?)

Was spielt Ihr Kind besonders gerne? / Lieblingsbeschäftigung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 23. Sexuelle Entwicklung

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Wann begann die sexuelle Entwicklung (Schambehaarung, Brustentwicklung): mit .....Jahren

Bei Mädchen

- Noch keine Menstruation
- Alter bei der ersten Menstruation: .....Jahre
- Sehr unregelmässige Menstruation
- Starke Schmerzen
- Empfängnisverhütende Mittel

### 24. Fragen zur Mediennutzung

Es liegen keine Informationen vor.

Mediennutzungszeit

Schultag .....(Std.)

Ferien/Wochenende.....(Std.)

Welche Medien werden genutzt ?

- Computerspiele (welche?.....)
- Chatten (WhatsApp)
- Facebook, Snapchat, Instagram
- Musik
- YouTube (was?.....)
- Netflix (was?.....)
- Fernsehen (welche Sendungen?.....)

Probleme

- Das Kind kann die Medien nicht selbständig weglegen
- Vernachlässigt dafür soziale Kontakte
- Wird aggressiv wenn es nicht spielen /Handy benutzen darf
- Ist etwas worüber bei Ihnen zuhause häufig gestritten wird
- Andere:.....

### 25. Gab es belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

entfällt

Es liegen keine Informationen vor.

Mein Kind hat folgendes erlebt

- Körperliche Gewalt
- Sexuelle Gewalt
- War Zeuge von Gewalttaten anderen gegenüber
- Viele schmerzhaft operative Eingriffe
- Verkehrsunfall
- Todesfälle
- Anderes:

Beschreibung

---

---

---

---

---

---

---

---

**26. Positive Eigenschaften / Stärken des Kindes**

Was ist Ihnen positiv an der Entwicklung Ihres Kindes aufgefallen?  
Über welche Entwicklungsschritte freuen/freuen Sie sich besonders?  
Was mochten/mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

---

---

---

---

---

**27. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?**

<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater	<input type="checkbox"/> Kind / Jugendlicher selbst
<input type="checkbox"/> Verwandter _____ (wer?)	<input type="checkbox"/> andere Person _____ (wer?)	

**Vielen Dank für die Beantwortung der  
Fragen!**

Unterzeichnung

-----