

Angaben zum Kind

Name, Vorname

Anschrift:

.....

Geburtsdatum: Alter Geburtsort :

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Gesetzlicher Vertreter: ☐ beide Eltern ☐ Mutter ☐ Vater

☐

Einverständniserklärung aller
Sorgeberechtigten liegt vor: ☐ ja ☐ nein ☐

Krankenversicherung: ☐ privat versichert ☐ gesetzlich versichert

versichert über: ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Selbstversichert

Name der Versicherung:

Versicherungsnummer:

Terminabsprachen: *per sms:* ☐ ja ☐ nein *per E-Mail:* ☐ ja ☐ nein

Tel.-nr. E-Mail-Adresse:

Name und Anschrift des
Kinder-/ Hausarzt:

.....

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind ganz besonders?

.....

.....

.....

.....

.....

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind nicht so richtig?

.....

.....

.....

.....

.....

Vorstellungsgrund

Schildern Sie bitte die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes (Probleme und Schwierigkeiten)

.....

.....

.....

Wer oder was gab den entscheidenden Anstoß für die Vorstellung des Kindes?

.....

.....

.....

Nennen Sie bitte die 3 Hauptbeschwerden des Kindes

1.

2.

3.

Verhaltens- und Persönlichkeitseinschätzung (Bitte Zutreffendes ankreuzen/unterstreichen)

- | | | | |
|---|---|--|---|
| ☐ redet sehr wenig | ☐ redet übermäßig viel | ☐ motorisch unruhig | ☐ langsam |
| ☐ kann nicht stillsitzen | ☐ hört nicht zu | ☐ vergesslich | ☐ verträumt |
| ☐ kann nicht planen | ☐ hält keine Ordnung | ☐ prokrastiniert/schiebt auf | ☐ überschätzt sich |
| ☐ leicht reizbar | ☐ gerät schnell in Wut | ☐ kneift, kratzt, beißt | ☐ stört andere Kinder |
| ☐ rücksichtslos | ☐ neigt zu Gewalt | ☐ furchtlos | ☐ dominant |
| ☐ impulsiv/vorschnell | ☐ wenig ausdauernd | ☐ risikofreudig | ☐ kann nicht verlieren |
| ☐ diskutiert übermäßig | ☐ schwindelt | ☐ stiehlt zu Hause | ☐ stiehlt woanders |
| ☐ unsicher/ schüchtern | ☐ gehemmt | ☐ übervorsichtig | ☐ ängstlich |
| ☐ vertrauensselig | ☐ lässt sich ausnutzen | ☐ neigt zum Erröten | ☐ empfindlich |
| ☐ weinerlich | ☐ innere Unruhe | ☐ Anspannung | ☐ Sorgen |
| ☐ offen/kontaktfreudig | ☐ selbstständig | ☐ wenig selbstständig | ☐ leicht entmutigt |
| ☐ meist fröhlich | ☐ ärgerlich | ☐ Gereiztheit | ☐ traurig |
| ☐ niedergeschlagen | ☐ freudlos | ☐ antriebslos/lustlos | ☐ Gefühlsschwankungen |
| ☐ zweifelt an sich | ☐ lehnt sich selbst ab | ☐ schreckhaft | ☐ resigniert |
| ☐ Gefühlsleere | ☐ hoffnungslos | ☐ verletzt sich selbst | ☐ Selbstmordgedanken |
| ☐ zeigt kaum Gefühle | ☐ hört Stimmen | ☐ sieht Dinge | ☐ im Denken schwerfällig |
| ☐ Unwirklichkeitsgefühle | | ☐ kommt von bestimmten Gedanken nicht los | |
| ☐ muss bestimmte Handlungen immer wieder wiederholen (z.B. zählen, kontrollieren, ordnen, waschen) | | | |
| ☐ macht Geräusche | ☐ macht Bewegungen | ☐ perfektionistisch | ☐ leistungsorientiert |
| ☐ kompromisslos | ☐ ehrgeizig | ☐ einfallsreich, viele Ideen | ☐ eigenwillig |
| ☐ aufdringlich | ☐ kränklich/zart | ☐ braucht viel Hilfe | ☐ sucht viel Zuwendung |
| ☐ ist spontan | ☐ nicht spontan | ☐ braucht Routinen | ☐ lieber für sich allein |
| ☐ geht Streit aus dem Weg | ☐ hohes Autonomiebedürfnis | ☐ spricht hastig | ☐ stot- |
| ☐ tert/stammelt/poltert ☐ eigenartige Betonung | | | |

Körperlich

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Kopfschmerzen | ☐ Schwindel | ☐ Ermüdbarkeit | ☐ Verdauungsbeschwerden |
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ Herzklopfen | ☐ Atemnot | ☐ zittern |
| ☐ Muskelanspannung | ☐ Mundtrockenheit | ☐ häufiges Wasserlassen | ☐ Hitze-/Kälteschauer |
| ☐ Kloß im Hals | ☐ starkes Schwitzen | ☐ Appetitlosigkeit | ☐ Gewichtszu-/ -abnahme |
| ☐ Über-/Untergewicht | ☐ Einschlafstörung | ☐ Durchschlafstörung | ☐ Alpträume |
| ☐ morgendliches Früherwachen | | ☐ vermehrter Schlaf | |

Typische Gedanken und Aussagen...

- | | | | |
|---|--|--|---|
| ☐ Ich bin unfähig. | ☐ Ich weiß nicht, was ich will | ☐ Ich bin nichts wert. | ☐ Niemand hilft mir. |
| ☐ Ich bin dumm. | ☐ Ich traue mir nichts zu. | ☐ Alle anderen sind besser. | ☐ Ich sehe schwarz. |
| ☐ Ich schäme mich. | ☐ Alle lachen über mich. | ☐ Ich verliere die Kontrolle. | ☐ Ich grüble viel. |
| ☐ Ich halte das nicht aus. | ☐ Es hat alles keinen Sinn mehr | ☐ Ich denke nur an Probleme. | |

Wann ist das beschriebene **Verhalten erstmals** aufgetreten? **Auslöser?**

.....

.....

.....

Entwicklung des Problems / der Beschwerden?

.....

.....

.....

Wo und wie häufig zeigt sich das Problemverhalten?

Familie ☐ Freizeit ☐ Freunde ☐ Schule ☐

.....

.....

Gab es **besondere Ereignisse** beim Erstauftreten des Problems (Verlust, Trennung, Umzug, Unfall...)?

.....

.....

Zu welchen Veränderungen (Verbesserungen / Verschlechterungen kam es im Verlauf?

- | | |
|--|---|
| ☐ Reduktion des Freizeitverhaltens | ☐ Reduktion des schulischen Lernverhaltens |
| ☐ schulische Leistungsver schlechterung | ☐ Rückzug aus sozialen Kontakten |
| ☐ Vermeidungsverhalten | |

.....

.....

.....

Was haben Sie bisher unternommen, um das Problem zu bewältigen?

.....

.....

.....

Vorbehandlungen

Welche ambulanten Vorbehandlungsversuche wurden bisher unternommen?

Behandlung	Bei wem?	Zeitraum
☐ Ergotherapie		
☐ Logopädie		
☐ Frühförderung		
☐ SPZ		
☐ Erziehungsberatungsstelle		
☐ Schulpsychologe		
☐ Psychotherapie		
☐ Kinder- und Jugendpsychiater		
☐ Andere:		
		

Gab es **(teil-) stationäre Vorbehandlungen**? ☐ nein ☐ ja, (Wann? Wo? Diagnose?)

.....

.....

.....

Wurden mit Ihrem Kind bereits **psychologische Tests** durchgeführt? ☐ ja ☐ nein

Würden Sie zustimmen, dass die **Unterlagen angefordert** werden? ☐ ja ☐ nein

Schreiben Sie bitte typische Situationen auf, in denen die Probleme Ihres Kindes auftreten (bspw. bei der Aufforderung zum Zubettgehen beginnt der Wutanfall).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Beschreiben Sie bitte jetzt eine Situation, in welcher das Problemverhalten besonders heftig auftritt.

.....

.....

.....

.....

.....

Skizzieren Sie bitte einen typischen Tagesablauf

	Kita-/Schul-/Arbeitstag	Wochenende
<i>früher</i>		
6Uhr		
7Uhr		
8Uhr		
9Uhr		
10Uhr		
11Uhr		
12Uhr		
13Uhr		
14Uhr		
15Uhr		
15Uhr		
17Uhr		
18Uhr		
19Uhr		
20Uhr		
21Uhr		
22Uhr		
23Uhr		
<i>später</i>		

Aktuelle Wohnsituation

Mit welchen Personen **lebt das Kind / Jugendliche zusammen**?

.....

Wo lebt das Kind bzw. der/die Jugendliche?

☐ Eigenheim ☐ ...-Raumwohnung ☐

☐ zentral ☐ Stadtrand ☐ Dorf

Hat das Kind ein **eigenes Zimmer**?

☐ ja ☐ nein, teilt es sich mit

Gab es **Umzüge** in der Vergangenheit?

☐ ja ☐ nein

Wann/Wohin?

.....

Das **Familieneinkommen** ist:

☐ eben ausreichend ☐ ausreichend ☐ gut ☐ reichlich

Angaben zur Familie

Bezugspersonen

	leibliche Mutter	leiblicher Vater	Stief-/Pflegemutter	Stief-/Pflegevater
Name				
Geburtsdatum				
Alter				
Anschrift (wenn vom Kind abweichend)				
Telefonnummer				
Ehe / Lebensgemeinschaft besteht seit				
Trennung / Scheidung am				
Schulabschluss				
Berufsausbildung				
derzeitige Tätigkeit				
Wochenarbeitszeit				
Chron. körperliche / psy- chische Erkrankungen				
Anzahl der Kinder				
3 charakteristische Eigenschaften				
Was machen Sie gern mit dem Kind/Jugendlichen gemeinsam?				
Welche Gemeinsamkeiten haben Sie mit dem Kind?				

Familienanamnese

Familienbeziehungen

Wie würden Sie die verschiedenen **Familienbeziehungen** beschreiben?

Mutter – Kind	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
Vater – Kind	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet
Mutter – Vater	☐ besonders gut	☐ gut	☐ angespannt	☐ sehr belastet

Erzählt ihr Kind Ihnen, wie es ihr/ihm geht? ☐ immer ☐ teilweise ☐ eher nicht

Finden **gemeinsame Mahlzeiten** statt? ☐ ja ☐ nein

Was unternimmt die Familie wochentags nach der Schule/Arbeit?

.....

.....

Was unternimmt die Familie am Wochenende?

.....

.....

Bestehen bestimmte Schwierigkeiten / Probleme zwischen dem Kind und den Eltern? Welche?

.....

.....

Bestehen bestimmte Schwierigkeiten / Probleme zwischen dem Kind und den Geschwistern? Welche?

.....

.....

Welche **Regeln** gibt es bei Ihnen in der Familie?

.....

.....

Wie genau **achten Sie darauf, dass die Regeln eingehalten** werden?

Mutter: ☐ ich bin konsequent ☐ ich bin eher inkonsequent ☐ mal so mal so

Vater: ☐ ich bin konsequent ☐ ich bin eher inkonsequent ☐ mal so mal so

.....

Wie würden Sie die **Erziehungsstile** beschreiben?

Mutter:

Vater:

Welche **Erziehungsmaßnahmen** setzen Sie ein?

☐ Lob ☐ Zurechtweisung ☐ Taschengeldentzug ☐ Medienverbot ☐ Hausarrest

☐ schimpfen ☐ ab und zu eine Ohrfeige ☐ „links liegen lassen“ ☐ Schenken von Spielzeug

Belohnen mit ☐ Geld ☐ Fernsehen ☐ Süßigkeiten ☐ gemeinsamen Unternehmungen

☐ Strafarbeit ☐ ins Bett schicken ☐ zur Rede stellen

☐ andere:

.....

Stimmen Sie als Eltern in Ihren Erziehungsmethoden überein? Welche Unterschiede gibt es?

.....

.....

Wofür loben Sie Ihr Kind? Was wirkt bei Ihrem Kind besonders als Belohnung?

.....

.....

Wofür bestrafen Sie Ihr Kind? Was wirkt bei Ihrem Kind besonders als Bestrafung?

.....

.....

Elternbeziehung

Kam es nach der Geburt zu Veränderungen in der Partnerschaft (Trennungen, Partnerwechsel)?

.....

.....

.....

Beschreiben Sie die Beziehung, die Sie als Eltern zueinander haben.

.....

.....

.....

Wer von beiden bestimmt eher, was getan wird?

.....

.....

Welche typischen Aufgaben übernehmen Sie als Mutter/Vater im Familienalltag?

Mutter:

Vater:

Welchen Einfluss hat Ihre Beziehung untereinander auf die aktuellen Beschwerden des Kindes?

.....

.....

.....

Geschwister

	Bruder/Schwester	Bruder/Schwester	Bruder/Schwester
Name			
Alter und Geburtsdatum			
leibliches Geschwister	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Schule, Klasse			
Berufsausbildung/Studium			
Freizeit/Interessen			
Wohnt noch zu Hause	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Besonderheiten			
Erkrankungen			
Verhaltensprobleme			
Typische Eigenschaften			
Beziehung zu Mutter/ Vater			
Beziehung zum vorgestellten Kind			

Welchen Einfluss hat die Beziehung zu den Geschwistern untereinander auf die aktuellen Verhaltensprobleme des Kindes / Jugendlichen?

Großeltern

	Großmutter (mütterlich)	Großvater (mütterlich)	Großmutter (väterlich)	Großvater (väterlich)
Alter				
Wohnort				
berufstätig?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
Wie häufig sehen Sie sich?				
Wie würden Sie das familiäre Verhältnis beschreiben?				

Entwicklung des Kindes / Jugendlichen

Schwangerschaft

Die Schwangerschaft war: ☐ gewollt ☐ ungewollt ☐ Zeitpunkt günstig ☐ Zeitpunkt ungünstig

Wie haben sie die **Schwangerschaft erlebt**? ☐ angenehm ☐ belastend ☐ erfreut ☐ ablehnend

Wie **verlief die Schwangerschaft**? ☐ normal ☐ körperliche Beschwerden:

☐ Erbrechen ☐ Blutungen ☐ vorzeitige Wehen

☐ Diabetes ☐ Bluthochdruck

☐ Infektionen ☐ Unfälle ☐ Operationen

☐ seelische Belastungen, Stress

Haben Sie **während der Schwangerschaft**:

☐ Medikamente eingenommen (Welche/Wie oft?)

☐ geraucht (..... Zigaretten / Tag)

☐ Alkohol konsumiert (..... Tag / Woche)

☐ Drogen konsumiert (Welche/ Wie oft?)

Der **wievielten Schwangerschaft** entstammt das Kind?

Gab es **vorher**: ☐ Fehlgeburten ☐ Totgeburten ☐ Schwangerschaftsabbrüche

Wenn ja, wann:

Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt:..... Jahre

Alter des Vaters bei der Geburt: Jahre

Wie haben sie die **Geburt erlebt**?

Geburt: ☐ termingerecht ☐ vor / ☐ nach dem Entbindungstermin, in der **Schwangerschaftswoche**

Geburtsgewicht:g **Größe:** cm **Kopfumfang:**cm **APGAR:** .../.../.....

☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Saugglockengeburt ☐ Zangengeburt

Komplikationen: ☐ Atemstillstand ☐ keine Spontanatmung ☐ Steißlage ☐ Nabelschnurumschlingung

Zur Geburt festgestellte Erkrankungen/Behinderungen/Missbildungen:

.....
.....

Weitere Anmerkungen zur Geburt:

.....
.....

Haben Sie sich als **Mutter nach der Geburt** besonders belastet gefühlt?

☐ Babyblues (ungefähre Dauer von Wochen)

☐ Depression (ungefähre Dauer von Monaten)

☐ andere psychische Erkrankungen / Belastungen:

Frühkindliche Entwicklung

Bestanden bei Ihrem Kind **Auffälligkeiten im Säuglingsalter:** ☐ nein ☐ ja:

☐ exzessives Schreien

☐ Ein- / Durchschlafstörungen

☐ Trinkproblem

☐ Reflux

☐ schwer zu beruhigen

☐ Erbrechen

☐ Körperkontakt abweisend

☐ Blickkontakt vermeidend

☐ andere:

.....

Durchschlafen, ab wann?

Allein geschlafen, ab wann?

Haben sie ihr Kind **gestillt**?

Hat ihr Kind am **Daumen gelutscht**? ☐ ja ☐ nein

☐ nein ☐ ja, bis..... Wochen/ Monate

Hat ihr Kind einen **Schnuller** genutzt? ☐ ja ☐ nein

Operationen, schwere Erkrankungen oder Unfälle:

.....

Haben Sie eine starke **Fremdelphase** bei Ihrem Kind beobachtet? ☐ ja ☐ nein, nicht übermäßig

Wie alt war Ihr Kind da?

Welches Verhalten hat es zeigt?

Wann hat ihr Kind folgende **Meilensteine** erreicht?

Motorik	Monat/ Jahr	Sprache	Monat/ Jahr
krabbeln		Erste Worte	
Sitzen		Erste Sätze	
freies Laufen			

Beschreiben Sie bitte das Verhalten des Kindes im 1. Lebensjahr

☐ unproblematisch

☐ schwierig

☐ lebhaft

☐ kontaktfreudig

☐ unruhig

☐ weint viel

☐ ausgeglichen

☐ „erzählt“ viel

Kleinkindalter (1. – 3. Lebensjahr)

Sauberkeitsentwicklung

Wann begonnen?

Einnässen: tagsüber sauber:nachts sauber:

Einkoten: tagsüber sauber: nachts sauber:

Wie haben Sie es erreicht, dass das Kind sauber wurde?

Beschreiben Sie bitte das Essverhalten des Kindes:

☐ ohne Probleme ☐ kindgemäß ☐ schwierig ☐ unselbstständig

Wie haben Sie als Eltern diese Zeit erlebt?

☐ glückliche Zeit ☐ fast problemfrei ☐ erschöpfend ☐ viele Sorgen
☐ Unsicherheiten ☐ konnte es meistern ☐ würde es anders machen
☐ war oft gestresst/genervt ☐ musste vieles allein machen ☐ bekam viel Unterstützung

Gab es in einem der oben genannten Bereiche **Auffälligkeiten** oder **Fördermaßnahmen**? ☐ nein ☐ ja:

Haben Sie eine starke **Trotzphase** bei Ihrem Kind beobachtet? ☐ ja ☐ nein, nicht übermäßig
☐ mein Kind hatte keine Trotzphase

Wie alt war Ihr Kind da?

Welches Verhalten hat es zeigt?

Welchen Erkrankungen traten in den ersten 3 Lebensjahren auf?

☐ Masern ☐ Mumps ☐ Röteln ☐ Keuchhusten ☐ Lungenentzündung
☐ Scharlach ☐ Windpocken ☐ Meningitis ☐ Pseudokrapp ☐ häufige Erkältungen
☐ Krämpfe ☐ Mittelohrentzündungen ☐ andere:

Hatte Ihr Kind **Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte**? ☐ ja ☐ nein

Was? Alter:

..... Alter:

..... Alter:

War ihr Kind **über längere Zeiten von Ihnen /wichtigen Bezugspersonen getrennt**? ☐ ja ☐ nein

Weshalb, wie lange und wie häufig?

.....

Tagesbetreuung/Krippe

Ist Ihr Kind in eine **Tagesmutter/Krippe** gegangen? ☐ ja ☐ nein

Wie **alt** war er/sie da? Monaten/ Jahren

Wie **lang** wurde er/sie betreut? ☐ halbtags ☐ ganztags

Gab es **Schwierigkeiten/Probleme**?
.....
.....

Welche der Eigenschaften zeigte Ihr Kind im Kleinkindalter (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ ängstlich | ☐ unselbstständig | ☐ spielfreudig | ☐ sucht viel Körperkontakt |
| ☐ kränklich | ☐ bewegungsarm | ☐ kontaktfreudig | ☐ eifersüchtig |
| ☐ motorisch unruhig | ☐ lebhaft | ☐ liebebedürftig | ☐ ausdauernd im Spiel |
| ☐ tollpatschig | ☐ interessiert/lernwillig | | ☐ sprachgewandt |
| ☐ fröhlich | ☐ leicht reizbar | ☐ aggressiv ggü. anderen Kindern/Erwachsenen | |

Wie verhielt sich das Kind im Kleinkindalter Erwachsenen gegenüber (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| ☐ gehemmt | ☐ unsicher | ☐ kontaktfreudig | ☐ distanzlos |
| ☐ aufsässig | ☐ zurückhaltend | ☐ folgsam | |

Wie verhält / verhielt sich das Kind im Kleinkindalter gegenüber anderen Kindern und in der Gruppe (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|------------------------------------|
| ☐ kontaktfreudig | ☐ abwartend | ☐ gehemmt | ☐ ängstlich |
| ☐ aggressiv | ☐ kameradschaftlich | ☐ unterlegen | |

Welche Verhaltensauffälligkeiten hat das Kind im Kleinkindalter gezeigt (bis zum 3. Lebensjahr)?

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| ☐ motorische Unruhe | ☐ Kopfwerfen | ☐ Schlafstörungen | ☐ Nägelkauen |
| ☐ Daumenlutschen | ☐ Trotzanfälle | ☐ Zerstörungswut | ☐ Angst im Dunkeln |
| ☐ Schlafwandeln | ☐ Autismus | ☐ Sprachstörungen | ☐ Bewegungsstörungen |

Beschreiben Sie nun bitte **Angewohnheiten, Bedürfnisse, Eigenarten des Kindes** bis zum 3. Lebensjahr:

.....
.....
.....

Kindergartenalter (vom 3. Bis zum 6. Lebensjahr):

Betreuung im Kindergarten/Tagesmutter ab:

Name der Einrichtung;

Ansprechpartner:

Wer war noch in die Betreuung mit einbezogen:

Wie **lang** wird/wurde er/sie betreut? ☐ halbtags ☐ ganztags

Ging / geht ihr Kind ☐ gern ☐ ungern in der Kindergarten

Was spielt(e) ihr Kind gern?
.....

Hat(te) es **Freunde**? ☐ ja ☐ nein

Welche Erkrankungen, Unfälle, Operationen, stationäre und/oder ambulante Behandlungen gab es?
(Frühförderung, Logo, Ergo, SPZ)

.....

.....

Welche der folgenden Eigenschaften charakterisieren das Kind in dieser Zeit?

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ selbstständig | ☐ braucht noch viel Hilfe | ☐ zieht sich allein an | ☐ schläft im eigenen Bett |
| ☐ sucht Sozialkontakte | ☐ kontaktscheu | ☐ spielt lieber allein | ☐ spielt eher mit Jüngeren |
| ☐ spielt eher mit Älteren | ☐ weint schnell | ☐ kann sich anpassen und einordnen | |
| ☐ hält sich an Regeln | ☐ lernt schnell | ☐ braucht viel Anleitung | ☐ kann nachgeben |
| ☐ stellt oft Unfug an | ☐ ist meist fröhlich | ☐ ist eher unbeherrscht | ☐ dominant/setzt sich durch |
| ☐ anhänglich | ☐ langweilt sich oft | ☐ spielt nicht allein | ☐ hat viele Freunde |
| ☐ spielt den Clown | ☐ wechselst schnell Freunde | ☐ wechselt Spiele häufig | ☐ zappelig |
| ☐ ärgert andere Kinder | ☐ redet viel | ☐ spricht kaum / nicht | |

Gibt es / Gab es bis zur Einschulung Entwicklungsverzögerungen oder Probleme (Sprache, Sozialverhalten, Motorik)?

.....

.....

Welche Verhaltensauffälligkeiten gab es bereits vor der Einschulung?

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Einnässen | ☐ Einkoten | ☐ Essstörungen | ☐ Nachtschreck |
| ☐ Schlafwandeln | ☐ häufige Bauchschmerzen | ☐ Sprachstörungen | ☐ Bewegungsstörungen |
| ☐ Minderbegabung | ☐ Hyperaktivität/Unruhe | ☐ Anfälle | ☐ Ängste |
| ☐ Tic-störungen | ☐ Kopfwerfen | ☐ Hände wedeln | ☐ Mutismus |
| ☐ Autismus | ☐ Minderwuchs | ☐ Nägelkauen | ☐ Entwicklungsstörung |
| ☐ Geschwisterrivalität | | | |

Bitte beschreiben Sie hier ggf. noch einmal genauer:

.....

.....

.....

Ist/ War das Kind deshalb in ambulanter und oder stationärer Behandlung? ☐ nein ☐ ja

.....

.....

Welche Rolle nimmt/nahm das Kind innerhalb der Kindergruppe ein?

.....

.....

.....

.....

Wie verhält / verhielt sich das Kind Erwachsenen gegenüber?

.....

.....

Beschreiben Sie bitte besondere Angewohnheiten, Bedürfnisse und die Eigenart des Kindes?

.....
.....
.....
.....

Wo **schläft** ihr Kind? ☐ im eigenen Bett ☐ im Bett der Eltern

Hat ihr Kind besondere **Schlafgewohnheiten**? ☐ nein ☐ ja,

Schulalter (ab 6./7. Lebensjahr)

Einschulung mit Jahren

Erfolgte zuvor eine **Rückstellung**? ☐ nein ☐ ja, weil

Mein Kind hat sich: ☐ gefreut ☐ nicht gefreut in die Schule zu kommen?

Gab es **Eingewöhnungsprobleme**? ☐ nein ☐ ja,

Gab es einen **Schulwechsel**? ☐ nein ☐ ja, weil

Wurde eine **Klasse wiederholt**? ☐ nein ☐ ja, die Klasse

Aktuelle Schule

Name:

Schulform: ☐ Grundschule ☐ Sekundarschule ☐ Gemeinschaftsschule
☐ Gymnasium ☐ Förderschule für
☐ Berufsschule ☐ FH/Universität

Ansprechpartner (Lehrer, Erzieher, Schulsozialarbeiter):

.....

Aktuelle Klasse:

Wie schätzen Sie die **schulischen Leistungen** Ihres Kindes ein?

☐ sehr gut ☐ gut ☐ befriedigend ☐ ausreichend ☐ mangelhaft ☐ ungenügend

In welchen **Fächern** zeigt er/sie **gute Leistungen**:

In welchen **Fächern** zeigt er/sie **ausreichende Leistungen**:

Welche Leistungen erwarten Sie als Eltern von Ihrem Kind?

.....
.....
.....

Wie haben sich die schulischen Leistungen entwickelt? Gabe es irgendwann man einen deutliche Leistungsverbesserung oder einen Leistungsknick? Welche Fächer waren betroffen?

.....
.....

Wie reagiert Ihr Kind auf schulischen Erfolg / Misserfolg?

.....

.....

.....

Wie reagieren Sie als Eltern auf schulischen Erfolg / Misserfolg?

.....

.....

.....

Welche **Einstellung** hat Ihr Kind **zur Schule**:

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule? ☐ ja ☐ meist ☐ nein, **Fehltag**

Werden die **Hausaufgaben** **regelmäßig** erledigt? ☐ ja ☐ widerwillig ☐ nein

Wie lange braucht ihr Kind für die **Hausaufgaben**?

Wie macht ihr Kind ihre/seine Hausaufgaben?

- | | | | | |
|---|--|--|--|------------------------------------|
| ☐ mit Kontrolle | ☐ nur mit „Theater“ | ☐ mit Ablehnung | ☐ selbstständig | ☐ mit Hilfe |
| ☐ muss sich häufig bewegen | ☐ unordentlich | ☐ gibt leicht auf | ☐ abgelenkt | ☐ verträumt |
| ☐ mit häufigen Pausen | ☐ braucht Druck | | ☐ lustlos | |

Wie verhält sich Ihr Kind vor Tests / Klassenarbeiten?

- | | | | |
|--|--|--|-----------------------------------|
| ☐ gleichgültig | ☐ hat Kopf-/Bauchschmerzen | ☐ zuversichtlich, ruhig | |
| ☐ kann nicht schlafen | ☐ ist sehr aufgeregt | ☐ hat keinen Appetit | ☐ erbricht |
| ☐ bereitet sich vor | ☐ verweigert sich, geht nicht in die Schule | ☐ hat Angst | ☐ weint |
| ☐ verschwiegt Tests/Klassenarbeiten | | | |

Das **Leistungsvermögen** ist: ☐ unterdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ überdurchschnittlich

Spezielle Begabungen:

Das Kind hat **Erfolge** (Schule /Freizeit): ☐ häufig ☐ selten ☐ unregelmäßig ☐ nie

Der **eigene Leistungsanspruch** des Kindes: ☐ überehrgeizig ☐ ehrgeizig ☐ willig
☐ gleichgültig ☐ verweigernd

Bei Anforderungen verhält es sich:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| ☐ motiviert | ☐ konzentriert | ☐ ablenkbar | ☐ unkonzentriert |
| ☐ schnell verzweifelt | ☐ lustlos | ☐ schnell ermüdet | |
| ☐ langsam | ☐ zügig | ☐ überhastet | ☐ zielstrebig |
| ☐ übergenu | ☐ ausdauernd | ☐ oberflächlich | ☐ sorgfältig |

Welchen **Berufswunsch** äußert Ihr Kind zur Zeit?

Wie gut kommt ihr Kind mit **Mitschülern** aus? ☐ gut ☐ nicht so gut, er/sie hat viele Konflikte

Hat ihr Kind **Freunde** in der Klasse? ☐ ja ☐ nein

Wie gut kommt ihr Kind mit **Lehrern / Kollegen** zurecht? ☐ gut ☐ nicht so gut, er/sie hat

.....

.....

Gibt es folgende **Probleme / Schwierigkeiten**?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Lese- und Rechtschreibschwäche | ☐ Rechenschwäche | ☐ Konzentrationsschwäche |
| ☐ Leistungsschwankungen | ☐ Leistungsverweigerung | ☐ mangelnde Motivation |
| ☐ Schule schwänzen | ☐ Versagensängste | ☐ Angst vor Tests/Vorträgen |
| ☐ übermäßiger Ehrgeiz | ☐ perfektionistisch | ☐ ist übergenau |
| ☐ fehlt oft wegen Krankheit | ☐ prügelt sich oft | ☐ wird abgelehnt |
| ☐ gibt den Klassenclown | ☐ stört den Unterricht | |

Welche **Beschwerden / Verhaltensauffälligkeiten** gibt es?

- | | | | |
|---|--|--|--|
| ☐ Einnässen | ☐ Einkoten | ☐ Essstörungen | ☐ Schlafstörungen |
| ☐ Bauchschmerzen | ☐ Kopfschmerzen | ☐ Sprachstörung | ☐ Bewegungsstörungen |
| ☐ Minderbegabung | ☐ Hyperaktivität/Unruhe | ☐ Anfälle | ☐ Ängste |
| ☐ Tic-störungen | ☐ Kopfwerfen | ☐ Hände wedeln | ☐ Mutismus |
| ☐ Autismus | ☐ Minderwuchs | ☐ Übergewicht | ☐ Sehstörungen |
| ☐ Schwerhörigkeit | ☐ Kiefer-/Zahnanomalien | ☐ Zwangshandlungen | ☐ Asthma |
| ☐ Allergien | ☐ Lügen | ☐ Stehlen | ☐ Weglaufen |
| ☐ depressive Verstimmungen | | ☐ Stimmungsschwankungen | |
| ☐ Selbstverletzungen | ☐ Selbstmordgedanken | ☐ Kontaktstörungen | ☐ sexuelle Auffälligkeiten |
| ☐ Gereiztheit | ☐ Aggression | ☐ Feuerlegen | ☐ oppositionelles Verhalten |
| ☐ Rauchen | ☐ Alkohol | ☐ Drogen | ☐ intensive Mediennutzung |
| ☐ Nägelkauen | ☐ Haare reißen | ☐ Geschwisterrivalität | ☐ Schulangst |

Bitte beschreiben Sie hier ggf. noch einmal genauer:

.....

.....

.....

.....

Lebensereignisse

Gab es in den letzten Jahren, insbesondere vor dem erstmaligen Auftreten der aktuellen Probleme **schwerwiegende Lebensereignisse**? ☐ ja ☐ nein

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Tod eines Elternteils | ☐ Scheidung | ☐ Tod eines nahen Familienangehörigen |
| ☐ Trennung eines Elternteils von der Familie | | ☐ erhebliche Erkrankung des Kindes |
| ☐ erhebliche Erkrankung eines nahen Familienmitglieds | ☐ sexueller Missbrauch | |
| ☐ Inobhutnahme | ☐ Sorgerechtsentzug | ☐ Heimunterbringung |
| ☐ schwerer Unfall des Kindes | ☐ schwerer Unfall eines nahen Familienmitgliedes | |
| ☐ Ehe-/Partnerschaftskrise | ☐ Arbeitslosigkeit | ☐ Geburt eines Geschwisters |
| ☐ neue Partnerschaft eines Elternteils | ☐ Umzug | ☐ erhebliche Einkommensveränderungen |

Soziales & Freizeit

Bekommt das Kind Taschengeld? ☐ ja ☐ nein **Wie viel?**

Was macht er/sie mit dem Geld:

.....

Bekommt das Kind noch von anderen Personen materielle Zuwendung? ☐ ja ☐ nein

.....

Wie viel **Freizeit** hat Ihr Kind **täglich?** An **Schultagen:** h am **Wochenende:**h

Hobbies

Besondere **Vorlieben, Interessen, Hobbies**

.....
.....

Verein: **Wie oft pro Woche:**

Medienkonsum

	Stunden pro Tag
Fernseher	
PC, Spielekonsole	
Handy, Tablet	

Finden Sie, dass Ihr Kind **übermäßig viel Zeit mit den o.g. Medien** verbringt?

☐ nein ☐ ja ☐ und der Medienkonsum ist häufig Streitthema in unserer Familie

Schränkt ihr Kind andere Interessen/Aktivitäten aufgrund des Medienkonsums ein? ☐ ja ☐ nein

Findet Mediennutzung **gewalttätiger Inhalte** statt (z.B. Gewaltspiele)?

☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ gar nicht

Welche häuslichen Pflichten hat das Kind?

.....
.....

Beschreiben Sie bitte das **Freizeitverhalten** des Kindes?

☐ lieber allein	☐ lieber mit Erwachsenen	☐ trifft sich mit Gleichaltrigen
☐ lieber mit jüngeren Kindern/Jugendlichen		☐ lieber mit älteren Kindern / Jugendlichen
☐ mit seinen Freunden	☐ mit wechselnden Kindern	☐ innerhalb der Familie
☐ mit seinen Tieren	☐ in der Wohnung	☐ außerhalb der Wohnung

Womit spielt Ihr Kind am liebsten? Was spielt es?

.....
.....

Sozialverhalten

Mein Kind hat: ☐ keine Freunde ☐ einen Freund/Freundin ☐ 2-3 Freunde ☐ mehr als 4 Freunde

Hat es Freundschaften mit Kindern des anderen Geschlechts? ☐ ja ☐ nein

Pflegt es Freundschaften mit älteren Jugendlichen / Erwachsenen) ☐ ja ☐ nein

Wem vertraut es Probleme an?

Welche Aussagen treffen auf das Kind zu:

☐ ist bei Gleichaltrigen akzeptiert	☐ findet leicht Anschluss	☐ ist als Spielpartner beliebt
☐ bringt Freunde mit	☐ hat feste Freunde	☐ ist häufig allein
☐ ist hilfsbereit	☐ prügelt sich oft	☐ kann nicht verlieren
☐ möchte der Anführer sein		
☐ erkaufte sich Freundschaften	☐ hat die falschen Freunde	☐ ist eher ein Außenseiter
☐ ist eher ein Mitläufer	☐ sagt offen seine Meinung	☐ setzt sich auch für andere ein
☐ wird gehänselt/gemobbt	☐ ist höflich zu anderen	☐ meidet andere Kinder

Welche **Veränderungen im Sozialverhalten** gegenüber anderen Kindern und Erwachsenen haben Sie **in letzter Zeit** beobachtet?

.....

.....

Welche **Probleme im Sozialverhalten** gegenüber anderen Kindern und Erwachsenen haben Sie **in letzter Zeit** beobachtet?

.....

.....

Sexualität

Durch wen wurde das Kind **aufgeklärt**?

Über welche sexuellen Fragen weiß es Bescheid?

Ist das Kind **an sexuellen Fragen** auffällig desinteressiert? ☐ ja ☐ nein

Stark interessiert? ☐ ja ☐ nein

Ist das Kind bereits in der **Pubertät**? ☐ ja ☐ nein

Wann hatte es die **erste Regelblutung/ den ersten Samenerguss**?

Traten bisher **sexuelle Verhaltensauffälligkeiten** auf? ☐ nein ☐ ja,

Gab es in der Vergangenheit **beängstigende, traumatische sexuelle Erlebnisse** für ihr Kind? ☐ nein ☐ ja,

Welche **Befürchtungen** haben Sie **hinsichtlich der sexuellen Entwicklung** Ihres Kindes?

.....

.....

Wie gehen Sie in der **Familie** mit **sexuellen Fragen** um? Haben Sie selbst **Scham-/Schuldgefühle** dabei?

.....

.....

Aktueller Gesundheitszustand

Hat ihr Kind **körperliche Vorerkrankungen**? ☐ ja ☐ nein

.....

.....

Aktuelle Größe und Gewicht cmkg

Nimmt ihr Kind derzeit **Medikamente** ein? ☐ ja ☐ nein

Präparat: Dosierung: Seit wann:

Präparat: Dosierung: Seit wann:

Präparat: Dosierung: Seit wann:

Therapieziele

Wer möchte eine psychotherapeutische Behandlung und wie hoch schätzen Sie die **Therapiemotivation** ein?

- ☐ Kind / Jugendliche/r
- ☐ Mutter
- ☐ Vater
- ☐ andere

Therapiemotivation (1 = *gar nicht*.....10 = *sehr hoch*)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Beschreiben Sie bitte, wer oder was dem Kind /Jugendlichen aktuell Unterstützung und Stabilität gibt:

.....

.....

.....

Welche Eigenschaften und Fähigkeiten können dem Kind / Jugendlichen bei der Problembewältigung helfen?

.....

.....

.....

Wer aus dem Umfeld unterstützt Sie?

.....

.....

.....

Wer ist nicht an einer Veränderung interessiert?

.....

.....

.....

3 wichtige Ziele und Wünsche in der Therapie für Ihr Kind und Sie als Eltern

- 1.
- 2.
- 3.

Welche Ziele/Erwartungen hat das Umfeld (Schule, Freunde)?

.....

.....

.....

Was denken Sie – wer oder was hindert Ihr Kind aktuell daran, die Ziele zu erreichen?

.....

.....

.....

Was sind Sie als Eltern bereit zur Lösung des Problems zu tun?

.....

.....

.....

Welche äußeren Umstände müssten Sie Ihrer Meinung nach verändern?

.....
.....
.....

Was glauben Sie, wie viele Therapiestunden für eine Veränderung benötigt werden (20,40, 60 ,80, mehr)?

.....

Wie viel Zeit sind Sie als Eltern täglich bereit, um an der Veränderung mitzuwirken? h

Welche Erwartungen / Wünschen haben Sie an mich als Therapeutin?

.....
.....
.....

Fällt Ihnen sonst noch etwas Wichtiges ein?

.....
.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! ☺

Datum

ausgefüllt von