

Datum: _____

FRAGEBOGEN ZUM ERSTGESPRÄCH

Wir bitten Sie um Beantwortung folgender Fragen. Sie helfen uns dadurch, ein umfassendes Bild von Ihrem Kind zu bekommen. Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt.

Persönliche Daten:

Vor- und Nachname des Kindes:

Geboren am:

Geburtsort:

Adresse:

Telefon /Handy:

Kind lebt bei (z.B. Mutter, Pflegeeltern, Heim etc.):

Sorgeberechtigt ist:

Name und Adresse des Haus- oder Kinderarztes:

Krankenkasse:

versichert über (Name):

Geburtsdatum:

Arbeitgeber des Versicherten:

Name der Mutter:

Alter: Geburtsort:

Adresse:

Telefon/Handy:

Schulabschluss/Ausbildung:

Derzeitige Tätigkeit:

Name des Vaters:

Alter: Geburtsort:

Adresse:

Telefon/Handy:

Schulabschluss/Ausbildung:

Derzeitige Tätigkeit:

Name der Stief- Adoptiv- Pflege Mutter:

Alter: Beruf:

Adresse:

Telefon/Handy:

Name des Stief- Adoptiv- Pflegevaters:

Alter: Beruf:

Adresse:

Telefon/Handy:

Geschwister, Halb-, Stief-, Pflegegeschwister:

(Name, Alter, Schultyp, psychische Erkrankungen,
Besonderheiten):

Lebenssituation des Kindes

Lebte das Kind immer zu Hause; wenn nicht, wo?

Welche Personen gehören zum gemeinsamen Haushalt?

Andere wichtige Kontaktpersonen für das Kind:

Äußere Belastungen (z.B. Wohnungsart, -größe, finanziell):

Belastende Ereignisse (z.B. (psychische) Erkrankungen oder Todesfälle in der Familie Trennungen,
Umzüge) :

Entwicklung:

Schwangerschaft (körperlicher/seelischer Verlauf/Konsum von Alkohol? Drogen? Nicotin?)

Geburt (Länge, Gewicht, Besonderheiten, Kaiserschnitt?):

Wurde das Kind gestillt? - wie lange?

Frühkindliche Entwicklungsschritte des Kindes:

Wann saß es?

Wann stand es?

Wann lief es?

Erste Worte (Wann)?

Welche Sprachen spricht das Kind?

Wann hat das Kind nicht mehr eingenässt?

Wann war es komplett sauber?

Bei Mädchen: Regelblutungen – seit:

Was ist Ihnen bei der Entwicklung aufgefallen?

Kindergarten/Schule

Kindergartenbesuch von: bis:

Name und Anschrift des Kindergartens:

Erzieher/in: Telefon:

Schule/Schultyp und Anschrift:

Name der Lehrerin/des Lehrers: Telefon:

Welche Klasse wird zurzeit besucht? Wann eingeschult?

Schulwechsel?

Wo gab/gibt es besondere Schwierigkeiten und seit wann?

Freizeit Ihres Kindes:

Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit?

Wie viele Stunden nutzt Ihr Kind am Tag Medien (Handy, Tablet, TV)?

Vorerkrankungen:

Erkrankungen (Krankenhausaufenthalte, Operationen:)

Krämpfe: Unfälle:

Anfälle: Allergien:

Werden z. Zt. Medikamente verabreicht? Wenn ja, welche?

Augenuntersuchung: Gehörüberprüfung:

An welche Einrichtungen (z.B. Arzt, Klinik, Sozialpädiatrisches Zentrum, Erziehungsberatungs-stelle, Jugendamt) haben Sie sich bisher gewandt? Und wann?

Hat Ihr Kind bereits Therapien/Förderungen erhalten (z.B. Psychotherapie, Frühförderung, Heilpädagogik, Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)?

Wenn ja, welche und in welchem Jahr?

Welche Auffälligkeiten beobachten Sie zurzeit häufig bei Ihrem Kind (bitte ankreuzen)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Probleme |
| <input type="checkbox"/> gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> Lügen |
| <input type="checkbox"/> gegen andere | <input type="checkbox"/> Hyperaktivität |
| <input type="checkbox"/> gegen Gegenstände | <input type="checkbox"/> Nägelkauen |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Nervöse Zuckungen |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht | <input type="checkbox"/> Regelverstöße |
| <input type="checkbox"/> Einkoten | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Einnässen | <input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Sprechhemmungen |
| <input type="checkbox"/> Hemmungen/Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> Suchtartiges Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Stehlen (unerlaubtes Wegnehmen) |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Vergesslichkeit |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Verträumtsein |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit | <input type="checkbox"/> Weglaufen |

Was kann Ihr Kind gut, welche Eigenschaften mögen Sie an Ihrem Kind?

Welche Erwartungen, Wünsche oder Hoffnungen haben Sie in Bezug auf die Behandlung?

Notizen: