

Sehr geehrte Eltern,

Sie möchten mit Ihrem Kind meine Praxis aufsuchen und haben bereits einen Termin für ein Erstgespräch vereinbart. Damit mehr Zeit für persönliche Gespräche bleibt und um Ihnen ein von vielen als lästig empfundenenes Abfragen zu ersparen, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen bereits im Vorfeld sorgfältig und vollständig auszufüllen. Sie helfen mir damit, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen eher verstehen und einordnen zu können und so die Grundlage zu schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen.

Bitte kennzeichnen Sie die Fragen, bei deren Beantwortung sie unsicher sind, zusätzlich mit einem Fragezeichen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie bereits im Vorhinein per Mail schicken oder in der Praxis abgeben bzw. zum Erstgespräch mitbringen.

---

### **Persönliche Daten:**

Name und Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haus- bzw. Kinderarzt (Name, Adresse, Tel.-Nr.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Aktuelles:

Wer hat den Besuch hier in der Praxis angeregt?

---

Warum wird Ihr Kind bei uns vorgestellt?

---

---

---

---

---

Seit wann bestehen die Probleme?

---

Wie wurden Sie auf die Probleme aufmerksam? Hat Sie jemand darauf hingewiesen?

---

---

Erfolgte bereits eine Vorstellung Ihres Kindes wegen der aktuellen oder anderer Probleme? Wenn ja, wo, wann und bei wem?

---

---

War ihr Kind aufgrund dieser Probleme bereits in Behandlung? Wenn ja, wo und wann?

---

Gab es bereits Kontakt zum zuständigen Jugendamt?

---

Haben Sie zu Hause schon Maßnahmen aufgrund der oben beschriebenen Probleme durchgeführt? Wenn ja, welche und seit wann und mit oder ohne Anleitung?

---

---

Gibt es Situationen in denen es besser klappt?

---

---

Was vermuten Sie, was die Ursache für die aktuellen Probleme sein könnte?

---

---

Wie können wir ihnen und Ihrem Kind Ihrer Meinung nach am besten helfen? Welche Wünsche haben Sie für die Beratung?

---

---

### **Schwangerschaft und erstes Lebensjahr:**

Um die wievielte Schwangerschaft handelte es sich? \_\_\_\_\_

Um die wievielte Geburt handelte es sich? \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

---

---

Erfolgte eine Medikamenteneinnahme während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

---

---

Gab es Zigarettenkonsum während der Schwangerschaft? Wenn ja, wieviel?

---

---

Gab es Alkoholkonsum während der Schwangerschaft? Wenn ja, wieviel?

---

---

Gab es Erkrankungen, Unfälle, Operationen, seelische Belastungen während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

---

---

Gab es weitere Schwangerschaften (Schwangerschaftsabbrüche, Fehlgeburten, Todgeburten)? Wenn ja, welche?

---

---

Handelte es sich um eine Frühgeburt? Wenn ja, Anzahl der Tage:

---

---

Gab es Komplikationen unter der Geburt? Wenn ja, welche?

---

---

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Apgar-Werte: \_\_\_\_\_

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange?

\_\_\_\_\_

Besonderheiten im ersten Lebensjahr: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Frühkindliche Entwicklung:**

Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind alleine gehen? \_\_\_\_\_

Mit wieviel Monaten hat es die ersten Worte gesprochen? \_\_\_\_\_

Gab oder gibt es Sprachauffälligkeiten? \_\_\_\_\_

Mit wieviel Monaten war Ihr Kind tagsüber trocken? \_\_\_\_\_

Mit wieviel Monaten war Ihr Kind nachts trocken? \_\_\_\_\_

Mit wieviel Monaten war Ihr Kind sauber? \_\_\_\_\_

Kam es später wieder zu Einnässen/Einkoten? Wenn ja, wann und wie lange?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben in den ersten Lebensjahren Therapien (z.B. Ergotherapie, Logopädie, Krankengymnastik, Frühförderung) stattgefunden? Wenn ja, welche und über welchen Zeitraum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **Kindergarten:**

Wurde bzw. wird ein Kindergarten besucht? Wenn ja, in welchem Zeitraum?

\_\_\_\_\_

Gab es einen Kindergartenwechsel? Wenn ja, wann und warum?

---

Gab es Eingewöhnungsschwierigkeiten? Wenn ja, wann und warum?

---

Ist Ihr Kind gerne gegangen bzw. geht es gerne?

---

Ist Ihr Kind regelmäßig gegangen bzw. geht es regelmäßig?

---

Hat Ihr Kind dort Freundschaften geschlossen?

---

Gab oder gibt es Verhaltensauffälligkeiten? Wenn ja, welche?

---

---

Gab es bereits vor dem Kindergarten eine Fremdbetreuung? Wenn ja, welche?

---

### **Schule:**

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? Wenn ja, warum?

---

Die Einschulung erfolgte mit wieviel Jahren?

---

Gab es Eingewöhnungsschwierigkeiten? Wenn ja, welche?

---

In welcher Klasse ist Ihr Kind aktuell? \_\_\_\_\_

Schulform (Grund- Haupt,-Real- Gesamtschule, Gymnasium, Förderschule, Sonstige):

---

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt? Wenn ja, welche?

---

Gab es einen Schulwechsel? Wenn ja, wann und warum?

---

Schulische Leistungen: \_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Lernschwierigkeiten? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Sozialverhaltensauffälligkeiten? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Probleme mit LehrerInnen/KlassenkameradInnen? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Gibt oder gab es Probleme mit Hausaufgaben? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Hausaufgaben wo/mit wem: \_\_\_\_\_

### **Freizeit:**

Hat Ihr Kind feste Freundschaften?

\_\_\_\_\_

Vereine/Hobbys/Interessen (jetzt/früher): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tägliche Zeit an Computer/Konsole/Fernseher/Handy (bitte beschreiben):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Allgemein:**

Welche Stärken hat Ihr Kind?

\_\_\_\_\_

Gibt oder gab es gravierende Probleme im Alltag? Wenn ja, welche (z.B. Nikotin-,  
Alkoholkonsum-, Drogenkonsum, sozialer Rückzug,...)?

\_\_\_\_\_

---

---

---

Gab es bisher eine längere Trennung von den primären Bezugspersonen? Wenn ja, warum?

---

---

Gab es in den vergangenen sechs Monaten einschneidende Lebensereignisse (z.B. Umzug, Trennung der Eltern, Krankheit/Verlust/Tod eines Angehörigen, Unfälle, Arbeitslosigkeit, Gewalterfahrung,...)?

---

---

Stehen in der nächsten Zeit größere Lebensveränderungen an (Z.B. Umzug, Trennung/Scheidung, Arbeitsplatzwechsel, ...)?

**Gesundheit:**

Klagt Ihr Kind häufiger über körperliche Beschwerden (z.B. Kopfschmerzen, Übelkeit, Appetitlosigkeit,...)?

---

---

Gibt es Nahrungsmittelunverträglichkeiten oder Allergien? Wenn ja, welche?

---

---

Welche Erkrankungen hat Ihr Kind bisher durchgemacht?

---

---

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche und seit wann?

Hat Ihr Kind eine Hörstörung? Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind eine Sehstörung? Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind eine Bewegungsstörung? Wenn ja, welche?

---

Hat Ihr Kind Krampfanfälle?

---

### **Familie:**

Gibt es Geschwister und wie ist das Verhältnis zu den Geschwistern? Wenn ja, wie alt sind die Geschwister?

---

---

---

Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten, Entwicklungsstörungen bei den Geschwistern:

---

---

---

---

---

Wie ist das Verhältnis zu den Eltern?

---

---

### **Erziehung:**

Wer erzieht vorwiegend?

---

Welche Erziehungsmaßnahmen gibt es (Lob/Belohnung/Strafe)?

---

---

Stimmen die Eltern in der Erziehung überein? Wenn nein, worin bestehen die Unterschiede bzw. was sind Konfliktthemen?

---

---

Hat Ihr Kind häusliche Pflichten? Wenn ja, welche?

---

---

### **Familienanamnese:**

#### Sorgeberechtigte:

Wer ist sorgeberechtigt (z.B. leibliche Eltern, Pflegeeltern, Adoptiveltern, nur ein Elternteil, andere,...)? Bitte geben Sie eingeschränktes oder Teilsorgerecht an.

---

---

#### Mutter des Kindes:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

schwere Erkrankungen (körperlich/psychisch, jetzt/früher): \_\_\_\_\_

---

---

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Vater des Kindes:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit: \_\_\_\_\_

schwere Erkrankungen (körperlich/psychisch, jetzt/früher): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen in der erweiterten Familie?

\_\_\_\_\_

Ehe der Eltern:

Gibt oder gab es Probleme/Streitigkeiten in der Ehe der Eltern? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

Trennung des Kindes von den leiblichen Eltern (wann, warum, wie lange, wohin):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Familienstand der aktuellen Bezugsfamilie:

Eheschließung wann: \_\_\_\_\_

Getrennt lebend, geschieden, wieder verheiratet, verwitwet, seit wann:

---

---

Besuchsregelung zu getrennten Elternteilen: \_\_\_\_\_

---

### **Wohnung:**

Hat das Kind ein eigenes Zimmer/geteilt mit Geschwistern?

---

Wer lebt alles im Haus/in der Wohnung?

---

---

Gab es Umzüge? Wenn ja, wann und warum?

---

---

Wie erleben Sie die Wohnverhältnisse (ausreichend, beengt,...)?

---

Wie erleben Sie die finanzielle Situation der Familie (zufriedenstellend, ausreichend, belastend,...)?

---

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

---

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**