

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 empfundenen 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. Bitte füllen Sie das Schrei-/Schlaf-/Füttertagebuch auf der letzten Seite dieses Fragebogens an sieben aufeinanderfolgenden Tagen aus.

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?

---

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 Geburt:**

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

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

War die Schwangerschaft geplant? \_\_\_\_\_

Wurde zum Zustandekommen der Schwangerschaft ärztliche Hilfe benötigt? Wenn ja, welche?

---

Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig? Wenn ja, in welchem Umfang?

---

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 Drogenkonsum während der Schwangerschaft? Wenn ja, wieviel?

---

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

---

Welche ärztlichen Untersuchungen erfolgten in der Schwangerschaft?

---

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

---

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

---

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

---

---

Bitte beschreiben Sie kurz, wie sie die Geburt Ihres Kindes erlebt haben:

---

---

Gab es Besonderheiten oder Komplikationen nach der Geburt (z.B. Infektion, Wärmebettchen, Nachblutungen bei der Mutter, depressive Verstimmungen, ...)?

---

---

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

Größe: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_

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

### **Angaben zum Kind:**

Von welcher Person wird das Kind vorrangig betreut?

---

Welche weiteren Bezugspersonen hat das Kind?

---

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, ...)?

---

---

Haben Sie Ihr Kind gestillt? Wenn ja, wie lange? Wenn nein, aus welchen Gründen nicht?

---

---

Wann haben Sie mit der Löffelfütterung begonnen? \_\_\_\_\_

Trinkt ihr Kind aus dem Becher? \_\_\_\_\_

Isst ihr Kind bereits selbstständig? \_\_\_\_\_

Hat ihr Kind regelmäßig Stuhlgang? \_\_\_\_\_

Wie ernährt sich aktuell ihr Kind?

---

---

Schläft ihr Kind nachts durch? \_\_\_\_\_

Wenn nicht, wie häufig erwacht es in der Nacht? \_\_\_\_\_

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert die längste Schlafphase in der Nacht?

---

---

Wie häufig und wie lange schläft ihr Kind am Tag?

---

---

Wo schläft ihr Kind?

---

---

Schläft ihr Kind alleine? \_\_\_\_\_

Benötigt ihr Kind Einschlafhilfen? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Einschlafrituale? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Schreit ihr Kind Ihrem Erleben nach normal, viel oder wenig? \_\_\_\_\_

Gibt es Situationen oder Tageszeiten in denen ihr Kind vermehrt schreit? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Lässt sich ihr Kind beruhigen? Wenn ja, wodurch? \_\_\_\_\_

Besuchen Sie mit Ihrem Kind Kurse, wie z.B. Kinderturnen, musikalische Früherziehung,...?

### **Frühkindliche Entwicklung:**

Kann ihr Kind bei Zuwendung lächeln? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

nach Gegenständen oder Personen greifen? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

sich vom Rücken auf den Bauch drehen? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

sitzen? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

krabbeln? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

frei laufen? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

erzählen, indem es Silben aneinanderreihet? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

erste sinnvolle Worte sprechen? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

fremdeln? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Aufforderungen und Verbote verstehen? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Gab es schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen? Wenn ja, welche?

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

### **Kindertagesstätte:**

Wurde bzw. wird eine Kindertagesstätte besucht? Wenn ja, in welchem Zeitraum?

---

Gab es einen Wechsel? 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?

---

---

### **Gesundheit:**

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?

---

---

### **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: \_\_\_\_\_

Schulabschluss/Ausbildung/aktueller Beruf:

---

Derzeitige Arbeitstätigkeit (Vollzeit, Teilzeit, Elternzeit, keine,...)

---

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

---

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Besteht Kontakt zur Familie der Mutter? \_\_\_\_\_

Vater des Kindes:

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

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

Schulabschluss/Ausbildung/aktueller Beruf:

\_\_\_\_\_

Derzeitige Arbeitstätigkeit (Vollzeit, Teilzeit, Elternzeit, keine,...)

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Besteht Kontakt zur Familie des Vaters? \_\_\_\_\_

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:

Bitte füllen Sie noch das Schrei-/Schlaf-/Füttertagebuch auf der nächsten Seite an sieben aufeinanderfolgenden Tagen aus.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**

## Elternfragebogen bis vier Jahre

### Schrei-/Schlaf-/Füttertagebuch (nach M. Papousek)

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Alter des Kindes: \_\_\_\_\_

Datum:	Vormittag						Nachmittag						Abend				Nacht						Weiter auf dem nächsten Blatt	
Uhrzeit	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4		5
Stillen, Füttern																								
Unruhe, Quengeln																								
Schreien																								
Körpernähe, Tragen																								
Schlafen																								
Schläft im eigenen Bett																								
Schläft im Elternbett																								

Wann haben Sie Ihr Kind am Abend zum Schlafen gelegt? \_\_\_\_\_

Brauchte es Hilfe beim abendlichen Einschlafen? Wenn ja, welche (z.B. Tragen, Schaukeln, Wiegen, Schnuller, Tee,...)?

Brauchte es Hilfe beim Wiedereinschlafen in der Nacht? Wenn ja, welche (z.B. Tragen, Schaukeln, Wiegen, Schnuller, Tee,...)?

Wann war der schönste Moment des Tages mit ihrem Kind?

Wie sah dieser Moment aus?

Wie haben Sie sich heute gefühlt?