

Praxis für Kinder-und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Dr. med. Andreas Knobloch
Wilhelm-Kuhr-Str. 86
13187 Berlin

Tel: 030 41719494
Fax: 030 41719496
mail@kinderpsychiater-berlin.de

Eltern-Fragebogen zum Ausfüllen zum Erstgespräch

(Hinweise zum Ausfüllen: Bitte füllen Sie nur Textpassagen aus, die auf Sie bzw. Ihr Kind zutreffen)

1. Angaben zum Kind

Name:

Geb./Alter:

Tel.:

wohnhaft (Eltern, WG, Internat):

seit:

Sorgerecht:

Tel. der Sorgeberechtigten:

E-Mail der Sorgeberechtigten:

zuständiges Jugendamt:

zusätzliches Helfersystem:
(Fam.-, Einzelfallhilfe, KJPD, Gesundheitsamt.)

Tel.:

Kinderarzt:

Tel.:

externe Ärzte/Psychotherapeuten:

Tel.:

Kita:

ab welchem Alter Kita:

Hort:

Schule:

Klasse:

II. Name:

Geb./Alter:

Soziale Situation:

(Kita, Schule, Lebensort)

Entwicklungsbesonderheiten:

(Entw.verzögerung, Förderung, Therapien,
Erkrankungen z.B. Asthma, Mucoviscidose ...)

Leistungsstörungen / Schulschwänzen:

abweichendes Verhalten:

(z.B. Drogenmissbrauch, Stehlen etc.)

Häusliche Bedingungen:

(Haus/Wohnung/eigenes Zimmer)

Sonstiges:

Beziehung (*wenn Konflikte, seit wann?, evtl. Auslöser benennen*)

zur Mutter:

zum Vater:

zu den einzelnen Geschwistern:

Geschwisterrivalitäten:

zu anderen Bezugspersonen:
(Oma/Opa/Tante/Onkel etc.)

zwischen den Eltern/sozialer Elternteil:
(angespannt/locker/normal)

Erziehungsstil der Eltern: (inkonsequent/konsequent)

Kita/Tagesmutter/Hort/Schule/Ausbildung

Beziehung

zu Erziehern/Tagesmutter:

zu Lehrern:

zu Ausbildern:

zu anderen Kindern:

Freizeit

Hobbies:

Freizeitverhalten:

Freunde:

Gruppenerfahrungen: (z.B. Vereine/Hort...)

Erste Drogenerfahrungen:
(Rauchen, Trinken, andere Drogen...)

seit:

Sonstiges:

3. Biografische Daten

Wunschkind ja/nein?

Schwangerschaft:

Geburt:

Schwangerschaftswoche bei Geburt:

Größe:

Gewicht:

Probleme nach der Geburt:

Schreikind:
(bis zu welchem Monat)
nein

Entwicklungsschritte (*in Monaten angeben/Auffälligkeiten benennen*)

Stillen:

Ernährungsumstellung:

Schlafverhalten:

Einschlafprobleme

Durchschlafprobleme

Störung des Schlaf- Wachrhythmus

Motorik: (mit wieviel Monaten?)

Greifen

Sitzen

Krabbeln

Laufen

Sprachentwicklung: (mit wieviel Monaten?)

Babysprache/Lallen

erste Laute

erste Worte

erste Sätze

Sauberkeit:

(wann abgeschlossen)

Einkoten

Einnässen

Kontaktverhalten:

Körperkontakt

Blickkontakt

Imitationsverhalten

Spielverhalten

(Rollenspiel, welche Spielgegenstände benutzte das Kind?)

Übergangsobjekt

(z.B. Teddy..., derzeit noch aktuelles Übergangsobjekt?)

4. Medizinisch-therapeutische Anamnese:

Angaben zu körperlichen Erkrankungen/Klinik- bzw. Kuraufenthalten
(kurze Anmerkungen)

HNO-Arzt, wann:

Augenarzt, wann:

Brillenträger seit:

Allergien/Unverträglichkeiten:

aktuelle Medikamente:

aktuelle Physiotherapie:

Tel.:

Logopädie:

Tel.:

Ergotherapie:

Tel.:

Psychotherapie:

Tel.:

Erziehungsberatung:

Tel.: