

Fragebogen für die Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen / AP

Datum: _____

Chiffre: _____
(füllt Therapeut/in aus)

Fragebogen ausgefüllt von: Mutter Vater Andere: _____

Liebe Eltern und Angehörige,

bitte haben Sie Verständnis, dass ich mit einem Fragebogen auf Sie zukomme.

Wenn Sie die Therapie Ihres Kindes von der Krankenkasse oder einem anderen Kostenträger ganz oder teilweise finanzieren lassen möchten, muss ich einen schriftlichen Erst- oder Verlängerungsantrag stellen. Für diesen Antrag und meine weitere therapeutische Arbeit benötige ich die Informationen aus dem folgenden Fragebogen.

Dieser ausgefüllte Fragebogen dient der Diagnostik und wird **nicht** an den Kostenträger weitergeleitet.

Bitte füllen Sie den Fragebogen gut leserlich aus. Falls der Platz für Ihre Angaben nicht ausreicht, benutzen Sie bitte ein gesondertes Blatt Papier oder die Rückseite des Fragebogens.

Bei den Fragen mit Ankreuzkästchen () sind mehrere Antworten möglich.

Sollten Sie noch Fragen haben oder sollten Punkte des Fragebogens unklar sein, können Sie sich gerne an mich wenden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wenn keine Bezugsperson zur Verfügung steht, dann bitte Bearbeitung des Bogens durch Therapeut/in!

1. Persönliche Daten des Kindes / des Jugendlichen

Geschlecht: Junge Mädchen

Geburtstag (aktuelles Alter in Jahren): ____ . ____ . ____ (____ Jahre alt)

Größe / Gewicht _____

Es ist das (Reihenfolge) _____ Kind von _____ Geschwistern.

Alter und Geschlecht der Geschwister: _____

Das Kind lebt bei: Mutter Vater _____

Wenn die Eltern getrennt leben: Art der Besuchsregelung und des Erziehungsrechtes:

Zur Mutter:

Alter heute / bei Geburt des Kindes: _____ / _____

Beruf / derzeitige Tätigkeit: _____ / _____

Zum Vater:

Alter heute / bei Geburt des Kindes: _____ / _____

Beruf / derzeitige Tätigkeit: _____ / _____

Wenn das Kind bei Pflegeeltern lebt:**Zur Pflegemutter:**

Alter heute: _____

Beruf / derzeitige Tätigkeit: _____ / _____

Zum Pflegevater:

Alter : _____

Beruf / derzeitige Tätigkeit: _____ / _____

2. Probleme, Beschwerden, Symptome

Weswegen wünschen Sie eine weitere psychotherapeutische Behandlung für das Kind?
 Beschreiben Sie möglichst konkret die Probleme.
 Benutzen Sie, wenn erforderlich, zusätzliche Blätter, und fügen Sie diese dem Fragebogen bei.

a) _____

b) _____

c) _____

d) _____
_____e) _____

Wann traten die genannten Schwierigkeiten erstmals auf?

Monat, Jahr: _____ Situation/Auslöser: _____

Beobachten Sie bei Ihrem Kind zurzeit (bitte ankreuzen):

- Aggressivität gegen sich selbst gegen andere gegen Gegenstände
- Lügen Nägelkauen Nervöse Zuckungen
- Angst Schlafstörungen Atembeschwerden (Asthma)
- Schüchternheit Bauchschmerzen Selbsttötungsäußerungen
- Eifersucht Sprechhemmungen Einkoten
- Suchtartiges Verhalten Einnässen Essstörungen
- Stehlen (unerlaubtes Wegnehmen) Weglaufen
- Hemmungen Feuerspiele Kontaktschwierigkeiten
- Kopfschmerzen Konzentrationsschwierigkeiten
- Sonstiges: _____

Belastende Ereignisse für das Kind, z.B. Krankheiten oder Todesfälle in der Familie:

3. Entwicklung

Schwangerschaft (körperlicher und seelischer Verlauf) :

Geburt (Geburtsverlauf, Geburtsgewicht, Besonderheiten) :

Frühkindliche Entwicklung:

Stillen: Nein Ja, Dauer: _____

Wann saß es? _____ Wann stand es? _____ Wann lief es? _____

Die ersten Worte (welche, wann)? _____

Wann war es sauber (tags, nachts)? _____

Erste Regelblutung? _____

Stimmbruch? _____

Sexuelle Aufklärung durch wen? _____

Sexuelle Aufklärung wann? _____

Was ist Ihnen bei der Entwicklung aufgefallen

(z.B.: Wachstumsschub; Sozialverhalten; Interesse am anderen Geschlecht, Sprachverhalten)?

Kindergartenbesuch von / bis: _____ / _____

Wie war/ist der Besuch des Kindergartens für Ihr Kind:

Eindruck des pädagogischen Personals:

4. Schule

Schulart und Klasse des Kindes / Jugendlichen: _____

Schulwechsel/Umschulungen (Grund der Umschulung): _____

Schulleistungen: _____

Schulabschluss: _____

Ausbildung: _____

Beziehung zu Klassenkameraden: _____

Lernt Ihr Kind gerne? _____

Schulischer Verlauf: _____

Klassenwiederholung (Grund der Klassenwiederholung): _____

Wo gab es besondere Schwierigkeiten, seit wann? _____

Aktivitäten neben der Schule (Sportvereine, Theatergruppen, Jugendgruppen):

5. Körperliche Entwicklung

Nennen Sie bitte die wesentlichen Erkrankungen Ihres Kindes, sowie Krankenhausaufenthalte (OP)

Krämpfe _____ Unfälle _____

Anfälle _____ Allergien _____

Werden z.Zt. Medikamente verabreicht? (Name / Dosierung)

Wurden bisher psychologische Tests bei dem Kind/Jugendlichen durchgeführt (Intelligenztests; Untersuchungen zu Teilleistungsstörungen?) Welche? Mit welchem Ergebnis?

Haben Sie bislang andere psychotherapeutische oder heilpädagogische Untersuchungen oder Behandlungen mit Ihrem Kind aufgesucht? Welche? Mit welchem Ergebnis?

Bitte legen Sie Kopien von eventuellen Berichten bei.

6. Aktuelle Familiensituation (auch Pflegefamilie)

Wie ist das Verhältnis Ihres Kindes zu den Familienmitgliedern. Was macht es gerne / hat es Probleme mit der Mutter: _____

mit dem Vater: _____

mit den Geschwistern ? _____

Welche Bedeutung haben die Großeltern für das Kind?

mütterlicherseits: _____

väterlicherseits: _____

Gibt es andere wichtige Kontaktpersonen für das Kind? Welche Bedeutung haben diese für das Kind?

Gibt es äußere Belastungen für Ihre Familie? (Wohnverhältnisse, finanzielle Schwierigkeiten ...)

Gibt es innere Belastungen in der Familie? (z.B. Krankheit von Familienmitgliedern ...)

Bitte beschreiben sie den **Verlauf Ihrer Ehe/Partnerschaft**: Datum der Eheschließung; Innere Voraussetzungen bei der Eheschließung; Ehekrisen; positive Aspekte in Ihrer Ehe; heutige Beziehung:

Welche Schwierigkeiten gibt es im Zusammenleben der Familie?

7. Beziehung der Eltern zur eigenen Herkunftsfamilie (gilt auch für Pflegeeltern)

Mutter des Kindes / Jugendlichen:

Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter (früher / heute):

Wie würden sie ihre Mutter beschreiben?

Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater (früher / heute):

Wie würden sie ihren Vater beschreiben?

Sie sind das _____ Kind von _____ Kindern.

Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern (früher / heute)

Besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit / Jugend:

Vater des Kindes / Jugendlichen:

Ihr Verhältnis zu Ihrer Mutter (früher / heute):

Wie würden sie ihre Mutter beschrieben?

Ihr Verhältnis zu Ihrem Vater (früher / heute):

Wie würden sie ihren Vater beschrieben?

Sie sind das _____ Kind von _____ Kindern.

Ihr Verhältnis zu Ihren Geschwistern (früher /heute)

Besondere Ereignisse in Ihrer Kindheit / Jugend:

8. Weitere wichtige Lebensereignisse des Kindes /Jugendlichen

Führen Sie bitte alle wichtigen Ereignisse im Leben Ihres Kindes auf, die von den vorhergehenden Fragen nicht erfasst wurden:

Wie haben Sie bislang versucht, die Probleme oder Beschwerden Ihres Kindes zu bewältigen?

Haben Sie Vermutungen, wie die Probleme entstanden sind und womit sie zusammenhängen könnten?

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

An welchen Punkten kann Ihr Kind zur Ruhe kommen und auftanken? (Situationen, Zeiten,...)

Womit befasst sich Ihr Kind besonders gern und intensiv?

Wie stehen Sie selbst zur Behandlung Ihres Kindes? (Mutter und Vater)

9. Bei Adoptions- oder Pflegeverhältnis, Heimaufenthalt oder "neu- strukturierter Familie"

Seit wann lebt das Kind in seinem / ihrem neuen Lebensumfeld?

Weshalb lebt das Kind bei Ihnen (Umstände, Einstellung des Kindes und der leiblichen Eltern dazu)

Wie hat das Kind zunächst auf die veränderte Wohn- und Lebenssituation reagiert?

Mit welchen Personen lebt das Kind jetzt im Alltag zusammen? (Erwachsene, Kinder)

Wie hat sich das Kind eingelebt? Wie ist das Verhältnis des Kindes zu den verschiedenen Personen?

Bitte Beschreiben Sie die Herkunftsfamilie des Kindes, d.h. Mutter und Vater (Alter, Beruf)

Heirat der leiblichen Eltern?

Wann _____ Scheidung _____ Wiederheirat _____

Wie ist das Verhältnis zu seinen leiblichen Eltern?

Hat das Kind leibliche Geschwister? (Geschlecht, Alter, Aufenthaltsort) Halbgeschwister?
