

# Anamnesebogen

Liebe/er Patient/in, liebe Eltern bzw. päd. Mitarbeiter/innen,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung unserer Zusammenarbeit und dem tieferen Verständnis für das Entstehen der Hintergründe der potentiellen Störung Ihres Kindes. Indem Sie ihn **vollständig und sorgfältig ausfüllen**, können wir unsere Gesprächszeit gezielt für die für Sie bedeutsamen Themen nutzen.

Selbstverständlich werden diese Daten absolut vertraulich behandelt und nur soweit notwendig weitergegeben, z.B. damit ein Gutachter der Krankenkassen die Kostenübernahme befürworten kann.

Bitte überprüfen Sie nach dem Ausfüllen des Bogens, ob Sie alle Fragen beantwortet haben. Wenn Sie sich bei bestimmten Fragen unsicher sind, ist das kein Problem. Wir werden **darauf in persönlichen Gesprächen** zurückkommen, dies **nach Möglichkeit mit beiden Elternteilen**.

Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne weitere Blätter mit ihren Antworten dem Fragebogen hinzufügen.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

## 1. Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- |                                     |  |  |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern     | <input type="checkbox"/> Adoptiveltern           | <input type="checkbox"/> Pflegeeltern            |
| <input type="checkbox"/> Großeltern | <input type="checkbox"/> alleinerziehender Vater | <input type="checkbox"/> alleinerziehende Mutter |

## 2. Allgemeine Angaben zum/zur Patient/in:

<b>Name:</b>	<b>Vorname(n):</b>	<b>Rufname/Kosename:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsort:</b>	<b>Geburtsname:</b>
<b>Straße/ Hausnummer:</b>	<b>PLZ / Ort:</b>	<b>Telefonische Erreichbarkeit:</b>
<b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers	<b>Größe:</b> in cm <b>Gewicht:</b> in kg <b>wird von uns errechnet:</b> <b>BMI:</b>	<b>Religionszugehörigkeit:</b> <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> evangelisch <input type="checkbox"/> katholisch <input type="checkbox"/> muslimisch <input type="checkbox"/> sonstige:
<b>Lebt vorwiegend bei:</b> <input type="checkbox"/> leiblichen Eltern <input type="checkbox"/> leiblicher Mutter <input type="checkbox"/> leiblichem Vater <input type="checkbox"/> Adoptiveltern	<input type="checkbox"/> Pflegeeltern <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Wohngruppe/Heim <input type="checkbox"/> Internat <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> sonstige	<b>Anschrift (Zweitwohnsitz)</b>

Fragen zum Migrationshintergrund		
<b>Herkunftsland:</b>	<b>Einreisejahr:</b>	<b>Staatsangehörigkeit:</b>
<b>Erfahrungen im Heimatland:</b> <input type="checkbox"/> Kriegs- / Verlust Angehöriger <input type="checkbox"/> Not/Armut <input type="checkbox"/> unbehandelbare Krankheit <input type="checkbox"/> fehlende Schulausbildung <input type="checkbox"/> ethnische Verfolgung <input type="checkbox"/> religiöse Verfolgung	<b>Erfahrungen auf der Flucht:</b> <input type="checkbox"/> Todesgefahr / Hunger / Durst <input type="checkbox"/> Zurückweisung an Grenzen <input type="checkbox"/> Ausbeutung als Arbeitskraft <input type="checkbox"/> sexuelle(r) Missbrauch/Gewalt <input type="checkbox"/> Inhaftierung <input type="checkbox"/> Trennung von Familie	<b>Erfahrungen in der BRD:</b> <input type="checkbox"/> Fremdenfeindlichkeit <input type="checkbox"/> Diskriminierung <input type="checkbox"/> Rassismus <input type="checkbox"/> Probleme wegen Religion/Riten <input type="checkbox"/> Probleme mit den Behörden <input type="checkbox"/> Probleme mit Aufenthaltsrecht

### 3. Vorstellungsanlass, Problembereiche und Stärken der/des Patient/in:

#### 3.1 Was ist der Grund der Vorstellung? Welche Symptome beobachten Sie bzw. Lehrer/innen, Erzieher/innen beim Kind und seit wann bestehen diese?

	Vorstellungsanlass/Symptom (beobachtet von):	besteht seit ca:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Worüber machen Sie sich folgende Personen/Institutionen **am meisten Sorgen**? (Unzutreffendes bitte streichen)

(Zieh-, Adoptiv-, Pflege-) Mutter: \_\_\_\_\_

(Zieh-, Adoptiv-, Pflege-) Vater: \_\_\_\_\_

Kindergarten/Schule/Ausbildung: \_\_\_\_\_

#### 3.2 Wer gab den Anstoß/Empfehlung zur Aufnahme einer Psychotherapie?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Elterliche Überlegung        | <input type="checkbox"/> eigene Überlegung des/der Patient/in |
| <input type="checkbox"/> die/der behandelnde Ärzt/in  | <input type="checkbox"/> Anraten Kindergarten/Schule          |
| <input type="checkbox"/> Anraten Hort/Wohngruppe/Heim | <input type="checkbox"/> Anraten von Bekannten/Verwandten     |

#### 3.3 Ausmaß der aktuellen Einschränkung in verschiedenen Lebensbereichen (Elternsicht):

(bitte ankreuzen)	keine	gering	mäßig	Groß	sehr groß
Schule/Ausbildung/Studium:					
Hausaufgaben/Lernen:					
Alltagserledigungen:					
Familienleben:					
Kontakt zu Freunden:					
Partnerschaft:					
Freizeitgestaltung:					
Körperliche Leistungsfähigkeit:					

#### 3.4 Welche Stärken bzw. Eigenschaften schätzen Sie/Dritte an Ihrem Kind? (Unzutreffendes bitte streichen)

(Zieh-, Adoptiv-, Pflege-) Mutter: \_\_\_\_\_

(Zieh-, Adoptiv-, Pflege-) Vater: \_\_\_\_\_

Großeltern, Bekannte, Dritte: \_\_\_\_\_

Lehrer- ,Erzieher/innen: \_\_\_\_\_

**3.5 Wie schöpft das Kind Kraft, wenn es ihm schlecht geht, wie kommt es zur Ruhe? Aus der Sicht von**

(Zieh-, Adoptiv, Pflege-) Mutter: \_\_\_\_\_

(Zieh-, Adoptiv, Pflege-) Vaters: \_\_\_\_\_

Großeltern, Bekannte, Dritte: \_\_\_\_\_

**3.6 Wie schöpfen Sie als Eltern Kraft, wenn es Ihnen schlecht geht, wie kommen Sie selbst zur Ruhe?**

als (Zieh-, Adoptiv, Pflege-) Mutter: \_\_\_\_\_

als (Zieh-, Adoptiv, Pflege-) Vater: \_\_\_\_\_

**4. Bisherige Maßnahmen:**

**4.1 Fördermaßnahmen und Therapie**

	Von	bis	bei wem? (Name, Adresse)
<input type="checkbox"/> Frühförderung			
<input type="checkbox"/> Sprachheilkindergarten			
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			
<input type="checkbox"/> Logopädie			
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			
<input type="checkbox"/> Lerntherapie			
<input type="checkbox"/> KJGD- Psychiatrie			
<input type="checkbox"/> KJGD- Tagesklinik			
<input type="checkbox"/> Mutter-Kind- Kurklinik			
<input type="checkbox"/> Rehamaßnahme f. Kind			

**4.2 Medikamentöse Therapien**

	seit Lj.:	Dosis	Name des Medikaments
<input type="checkbox"/> Medikamente			
<input type="checkbox"/> Homöopathie			

**4.3 Jugendsozialarbeit / Jugendhilfe**

	Von:	Bis:	Welches Jugendamt?
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatung			
<input type="checkbox"/> Erziehungsbeistand			
<input type="checkbox"/> Familienhilfe			

<input type="checkbox"/> Tagespflege			
<input type="checkbox"/> Heilpäd. Tagesstätte			
<input type="checkbox"/> Internat /Heimerziehung			
<input type="checkbox"/> Pflegefamilie			

Was haben Sie als Eltern selbst schon versucht, um die Symptomatik zu verbessern (z.B. Paartherapie, Eheberatung, Veränderungen in den Erziehungspraktiken, ... )?

---



---



---

## 5. Daten der leiblichen Eltern:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
<b>Vorname(n):</b>		
<b>Nachname:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Straße / Hausnummer:</b>		
<b>PLZ/ Ort:</b>		
<b>Festnetz:</b>		
<b>Handy:</b>		
<b>Email:</b>		
<b>Beziehungsstatus:</b>	<input type="checkbox"/> zusammenlebend seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> verheiratet seit:	<input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> andere Konstellation:
<b>Sorgerecht: liegt bei</b> <input type="checkbox"/> Eltern(teil) <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Pflegeeltern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeschränkte Personensorge: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingeschränkte Personensorge: <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Vermögensverwaltung
<b>Erziehungszeit in Anspruch genommen:</b>	<input type="checkbox"/> ja für ____ Monate <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja für ____ Monate <input type="checkbox"/> nein
<b>Schulabschlüsse/ Bildungsweg:</b>	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Berufsober- <input type="checkbox"/> Hochschule sonstige:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Berufsober- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige:
<b>Ausbildungsabschluss und beruflicher Werdegang:</b>	<input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung als: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung als: <input type="checkbox"/>
<b>Aktuell tätig / als</b>	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Mutter, Pflege von:. <input type="checkbox"/> arbeitslos seit: <input type="checkbox"/> verrentet seit: <input type="checkbox"/> Selbständige : <input type="checkbox"/> Freiberuflerin: <input type="checkbox"/> Angestellte:	<input type="checkbox"/> Hausmann / Vater, Pflege von:. <input type="checkbox"/> arbeitslos seit: <input type="checkbox"/> verrentet seit: <input type="checkbox"/> Selbständiger: <input type="checkbox"/> Freiberufler: <input type="checkbox"/> Angestellter:
<b>Arbeitsumfang:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit: ____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> Teilzeit : ____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Vollzeit: ____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> Teilzeit : ____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst
<b>Behinderung /-grad:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: ____%	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Grad: ____%

<b>Nationalität:</b>	<input type="checkbox"/> Deutsche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/>
<b>Zusätzliche Angaben bei einem Migrationshintergrund</b>		
<b>Geburtsland:</b>		
<b>Einreisejahr in die BRD:</b>		
<b>Einreisegrund:</b>	<input type="checkbox"/> Spätaussiedlung <input type="checkbox"/> Flucht/Krieg <input type="checkbox"/> Verfolgung <input type="checkbox"/> Vertreibung <input type="checkbox"/> Zuwanderung <input type="checkbox"/> Familienzuzug <input type="checkbox"/> Arbeitsmigration <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Heiratsmigration <input type="checkbox"/> Ausbildung	<input type="checkbox"/> Spätaussiedlung <input type="checkbox"/> Flucht/Krieg <input type="checkbox"/> Verfolgung <input type="checkbox"/> Vertreibung <input type="checkbox"/> Zuwanderung <input type="checkbox"/> Familienzuzug <input type="checkbox"/> Arbeitsmigration <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/> Heiratsmigration <input type="checkbox"/> Ausbildung
<b>Schwierigkeit wegen der Migration:</b>	<input type="checkbox"/> Fremdenfeindlichkeit <input type="checkbox"/> Diskriminierung <input type="checkbox"/> Rassismus <input type="checkbox"/> Religionszugehörigkeit <input type="checkbox"/> Probleme mit den Behörden <input type="checkbox"/> drohende Abschiebung <input type="checkbox"/> Probleme mit d. Aufenthaltsrecht <input type="checkbox"/> Heimweh <input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fremdenfeindlichkeit <input type="checkbox"/> Diskriminierung <input type="checkbox"/> Rassismus <input type="checkbox"/> Religionszugehörigkeit <input type="checkbox"/> Probleme mit den Behörden <input type="checkbox"/> drohende Abschiebung <input type="checkbox"/> Probleme mit d. Aufenthaltsrecht <input type="checkbox"/> Heimweh <input type="checkbox"/> Einsamkeit <input type="checkbox"/>
<b>Deutsche Sprachkenntnisse:</b>	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> ausreichend <input type="checkbox"/> schlecht
<b>Lebenssituation der Eltern im Vergleich zum Herkunftsland:</b>	<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> genauso <input type="checkbox"/> schlechter weil:	<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> genauso <input type="checkbox"/> schlechter weil:
<b>Lebenssituation des Kindes im Vergleich zum Herkunftsland:</b>	<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> genauso <input type="checkbox"/> schlechter weil:	<input type="checkbox"/> besser <input type="checkbox"/> genauso <input type="checkbox"/> schlechter weil:
<b>Wie würde man in Ihrer Heimat (solche) psychischen Probleme lindern/ behandeln?</b>		

## 6. Kontaktdaten getrennt lebender bzw. verwitweter Elternteile:

	<b>Lebenspartner(in) der Mutter</b>	<b>Lebenspartner(in) Vater</b>
<b>Vorname(n):</b>		
<b>Nachname:</b>		
<b>Geburtsdatum:</b>		
<b>Festnetz:</b>		
<b>Handy:</b>		
<b>Nationalität:</b>	<input type="checkbox"/> Deutsche <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Deutscher <input type="checkbox"/>
<b>Schulabschlüsse/ Bildungsweg:</b>	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Berufsober- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> kein Abschluss <input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschafts- <input type="checkbox"/> Gymnasium <input type="checkbox"/> Fachober- <input type="checkbox"/> Fachhoch- <input type="checkbox"/> Berufsober- <input type="checkbox"/> Hochschule <input type="checkbox"/> sonstige:
<b>Ausbildungsabschluss und beruflicher Werdegang:</b>	<input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung als: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> keine Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Lehre abgebrochen als: <input type="checkbox"/> Gesellenprüfung als: <input type="checkbox"/> Meisterprüfung als: <input type="checkbox"/>

<b>Arbeitsumfang:</b>	<input type="checkbox"/> Vollzeit: _____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> Teilzeit : _____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst	<input type="checkbox"/> Vollzeit: _____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst <input type="checkbox"/> Teilzeit : _____ Std. <input type="checkbox"/> Schichtdienst
<b>Aktuelle Tätigkeit:</b>	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: <input type="checkbox"/> verrentet seit: <input type="checkbox"/> Selbständige : <input type="checkbox"/> Freiberuflerin: <input type="checkbox"/> Angestellte: <input type="checkbox"/> Hausfrau/Mutter, Pflegeperson	<input type="checkbox"/> arbeitslos seit: <input type="checkbox"/> verrentet seit: <input type="checkbox"/> Selbständiger : <input type="checkbox"/> Freiberufler: <input type="checkbox"/> Angestellter: <input type="checkbox"/> Hausmann/Vater, Pflegeperson
<b>Vorherige Lebenssituation:</b>	<input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit:	<input type="checkbox"/> geschieden seit: <input type="checkbox"/> getrennt lebend seit: <input type="checkbox"/> verwitwet seit:
<b>Aktuelle Lebenssituation:</b>	<input type="checkbox"/> zusammen seit: <input type="checkbox"/> verheiratet seit:	<input type="checkbox"/> zusammen seit: <input type="checkbox"/> verheiratet seit:

## 7. Geschwister(position) des/der Patienten/in:

Der/die Patient/in ist das \_\_\_\_\_ Kind von insgesamt \_\_\_\_\_ Geschwistern.

	1	2	3	4
<b>Vorname:</b>				
<b>Nachname:</b>				
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers
<b>Geburtsdatum:</b>				
<b>Verhältnis:</b>	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.	<input type="checkbox"/> leibliches G. <input type="checkbox"/> Halbgeschw. <input type="checkbox"/> Stiefgeschw. <input type="checkbox"/> Pflegekind G. <input type="checkbox"/> Adoptiv G.
<b>Schulart:</b>	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsoberschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsoberschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsoberschule <input type="checkbox"/> Gymnasium	<input type="checkbox"/> Förderschule <input type="checkbox"/> Mittelschule <input type="checkbox"/> Realschule <input type="checkbox"/> Wirtschaftsschule <input type="checkbox"/> Fachoberschule <input type="checkbox"/> Berufsschule <input type="checkbox"/> Berufsoberschule <input type="checkbox"/> Gymnasium
<b>Klasse:</b>				
<b>Schulabschluss:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Ausbildung:</b>	<input type="checkbox"/> Lehre <input type="checkbox"/> Studium <input type="checkbox"/>			
<b>Lehrjahr/Semester</b>				
<b>Auffälligkeiten/ Probleme/ Erkrankungen:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende:			
<b>Lebt im gleichen Haushalt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

## 8. Umgangsregelung für den/die Patientin/en (bei getrennt lebenden Eltern):

### 8.1 Umgangsregelung

- Es besteht Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil:  
Wie häufig und in welcher Form? \_\_\_\_\_

Wie verlässlich? \_\_\_\_\_  
 Der Kontakt findet nur tagsüber statt?  ja  nein, auch mit Übernachtungen  
 Verbringen Sie auch Ferien als Elternteil mit dem Kind?  regelmäßig  selten  nie

Es besteht **KEIN** Kontakt mit dem getrennt lebenden Elternteil:  
 Seit wann, weshalb? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8.2 Umgangsregelung aus Sicht der Eltern:**

Die Regelung entstand (durch):  einvernehmlich  Beratungsstelle  Jugendamt  Gericht

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung als Mutter?  
 sehr zufrieden  zufrieden  unzufrieden  nicht akzeptierend

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung als Vater?  
 sehr zufrieden  zufrieden  unzufrieden  nicht akzeptierend

**8.3 Umgangsregelung aus Sicht des Kindes:**

Wie zufrieden ist es mit der aktuell getroffenen Umgangsregelung?  
 sehr zufrieden  zufrieden  unzufrieden  nicht akzeptierend

Hat sich die Sicht auf diese Regelung bei ihrem Kind im Verlauf geändert, wenn ja in welcher Form?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**8.4 Kontaktqualität zu den Elternteilen:**

Zeigt das Kind Verhaltensauffälligkeiten, wenn es bei Ihnen ist?

Mutter:  nein  ja, \_\_\_\_\_  
 Vater:  nein  ja, \_\_\_\_\_

Wie verhält sich das Kind in den Trennungssituationen beim Abholen bzw. Zurückbringen?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wurden Besuchskontakte wegen bestimmter Schwierigkeiten frühzeitig beendet, wenn ja warum?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie den Kontakt zum/zur neuen Partner:in ein?  unzutreffend  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie den Kontakt zu den weiteren Kindern des/der Partnerin ein?  unzutreffend  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nehmen Sie als Eltern an Veranstaltungen/Terminen zu Fragen der Lebensgestaltung des Kindes teil?

	Elternabende Kiga/Schule	Feste Kiga/Schule	Arztbesuche/ Klinikbegleitung	Jugendamt/ Beratungsstelle	Begleitung Hobby/Sport
Mutter					
Vater					

Gibt es aktuell bei der Ausübung des Sorgerechtes noch andere spezifische Probleme?  nein  ja,

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

## 9. Herkunftsfamilie der Eltern

### 9.1 Psychische Störungen oder chronische Erkrankungen in der Herkunftsfamilie?

mütterlicherseits:	
Leiblicher Vater	
Leibliche Mutter	
Oma	
Opa	

väterlicherseits:	
Leiblicher Vater	
Leibliche Mutter	
Oma	
Opa	

### 9.2 Angaben zur Herkunftsfamilie der leiblichen Mutter

Bei wem sind Sie aufgewachsen?  Eltern  Stief-  Pflege-  Adoptiveltern  sonstige:

\_\_\_\_\_

Wann sind Sie zu Hause ausgezogen und was hat Sie dazu veranlasst?

\_\_\_\_\_

Welche besonderen Lebensereignisse haben Ihre Kindheit geprägt?

(Scheidung(en), schwerwiegende oder chronische Erkrankungen, Verlusterfahrungen, Krankenhausaufenthalte, Schul- und Ausbildungsprobleme, sexueller bzw. Gewaltmissbrauch, ...)

\_\_\_\_\_

Wie viele Geschwister haben Sie, wie alt sind diese? Anzahl Brüder: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_

Anzahl Schwestern: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_

Sind bereits Geschwister von Ihnen verstorben?  Nein  ja, in Folge \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern und Geschwistern heute? Haben Sie regelmäßig Kontakt?

\_\_\_\_\_

Wie erinnern Sie Ihre eigene Kindheit (Fürsorge der Eltern, Förderung, Freizeitoptionen, Freundespflege, Geschwistererfahrung, Trennung der Eltern, Tod/Krankheit von Geschwistern/Bekanntem/Angehörigen?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Welchen Schulabschluss bzw. welche Berufsausbildung haben Ihre Eltern?

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt? Mutter \_\_\_\_\_ Jahre Vater \_\_\_\_\_ Jahre

Wie alt ist Ihre Mutter \_\_\_\_\_ bzw. wann \_\_\_\_\_ und woran ist diese verstorben? \_\_\_\_\_

Wie alt ist Ihr Vater \_\_\_\_\_ bzw. wann \_\_\_\_\_ und woran ist dieser verstorben? \_\_\_\_\_

Gibt/gab es spezifische Belastungen im Leben Ihrer Eltern? (Verlusterfahrungen, Krankheit, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Auslandseinsätze, ...)  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und Ihrer eigenen Kindheit, dem eigenen schulischem bzw. beruflichen Werdegang?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

### 9.3 Angaben zur Herkunftsfamilie des leiblichen Vaters

Bei wem sind Sie aufgewachsen?  Eltern  Stief-  Pflege-  Adoptiveltern  sonstige: \_\_\_\_\_

Wann sind Sie zu Hause ausgezogen und was hat Sie dazu veranlasst? \_\_\_\_\_

Welche besonderen Lebensereignisse haben Ihre Kindheit geprägt?  
(Scheidung(en), schwerwiegende oder chronische Erkrankungen, Verlusterfahrungen, Krankenhausaufenthalte, Schul- und Ausbildungsprobleme, sexueller bzw. Gewaltmissbrauch, ...)

Wie viele Geschwister haben Sie, wie alt sind diese? Anzahl Brüder: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_  
Anzahl Schwestern: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_, \_\_\_\_, \_\_\_\_

Sind bereits Geschwister von Ihnen verstorben?  Nein  ja, in Folge \_\_\_\_\_

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihren Eltern und Geschwistern heute? Haben Sie regelmäßig Kontakt? \_\_\_\_\_

Wie erinnern Sie Ihre eigene Kindheit (Fürsorge der Eltern, Förderung, Freizeitoptionen, Freundespflege, Geschwistererfahrung, Trennung der Eltern, Tod/Krankheit von Geschwistern/Bekanntem/Angehörigen?) \_\_\_\_\_

Welchen Schulabschluss bzw. welche Berufsausbildung haben Ihre Eltern?

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Wie alt waren Ihre Eltern bei Ihrer Geburt? Mutter \_\_\_\_\_ Jahre Vater \_\_\_\_\_ Jahre

Wie alt ist Ihre Mutter \_\_\_\_\_ bzw. wann \_\_\_\_\_ und woran ist diese verstorben? \_\_\_\_\_

Wie alt ist Ihr Vater \_\_\_\_\_ bzw. wann \_\_\_\_\_ und woran ist dieser verstorben? \_\_\_\_\_

Gibt/gab es spezifische Belastungen im Leben Ihrer Eltern? (Verlusterfahrungen, Krankheit, finanzielle Probleme, Arbeitslosigkeit, Auslandseinsätze, ...)  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

---

Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den Problemen des Kindes und Ihrer eigenen Kindheit, dem eigenen schulischem bzw. beruflichen Werdegang?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_

---

## 10. Erleben der aktuellen Ehe bzw. Beziehung der (getrennt lebenden) Elternteile

Empfinden Sie Ihre aktuelle Beziehung als unterstützend?

Ib. Mutter:  betrifft mich nicht bzw.:  ja, weil  nein, weil

---

Ib. Vater:  betrifft mich nicht bzw.:  ja, weil  nein, weil

---

Denken Sie manchmal daran, sich zu trennen?

Ib. Mutter:  betrifft mich nicht bzw.:  ja, weil  nein, weil

---

Ib. Vater:  betrifft mich nicht bzw.:  ja, weil  nein, weil

---

Wie empfinden Sie Ihre Sexualität in der Partnerschaft?

Ib. Mutter:  betrifft mich nicht bzw.:  sehr gut bis befriedigend  unbefriedigend, weil \_\_\_\_\_

---

Ib. Vater:  betrifft mich nicht bzw.:  sehr gut bis befriedigend  unbefriedigend, weil \_\_\_\_\_

---

Wie zufrieden sind Sie mit der Wohnsituation (Ihrer Familie)?

Ib. Mutter:  sehr gut bis befriedigend  unbefriedigend, weil

---

Ib. Vater:  sehr gut bis befriedigend  unbefriedigend, weil

---

Wie zufrieden sind Sie mit der Einkommenssituation (Ihrer Familie)?

Ib. Mutter:  sehr gut bis befriedigend  unbefriedigend, weil

---

Ib. Vater:  sehr gut bis befriedigend  unbefriedigend, weil

---

Welche Rolle spielt Religion bzw. Spiritualität in Ihrem Leben?

Ib. Mutter:  keine Rolle  anlassbezogen (Taufe, Hochzeit, Beerdigung, ...)  große Rolle  
weil: \_\_\_\_\_

---

Ib. Vater:  keine Rolle  anlassbezogen (Taufe, Hochzeit, Beerdigung, ...)  große Rolle  
weil: \_\_\_\_\_

---

Wie viele gute Bekannte/ Freunde haben Sie? Ib. Mutter \_\_\_\_\_ Ib. Vater \_\_\_\_\_

Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung Ihrer Bekannten/Freunde?

Ib. Mutter:  sehr zufrieden -----  -zufrieden-----  sehr unzufrieden

Ib. Vater:  sehr zufrieden -----  -zufrieden-----  sehr unzufrieden

Wie haben Sie sich als Ib. Eltern kennen gelernt (Alter), war dies ihre erste Beziehung, wann sind sie als Paar zusammengezogen, was gab den Anstoß dazu, war Ihre Herkunftsfamilie mit der Partnerwahl einverstanden? Wie einige waren Sie sich in der Form der Eheschließung? Wie viele Kinder haben Sie sich jeder gewünscht? Gab es ein Wunschgeschlecht für das erste oder weitere Kinder? Wer zog zu wem bzw. in dessen Elternhaus?

---

---

---

Gibt/Gab es Belastungen und Krisen in Ihrer Partnerschaft bzw. Ehe als lb. Eltern? Wie einig waren Sie sich bei der Anzahl der gemeinsamen Kinder, beim Erziehungsstil, in der Wahl von pädagogischen, schulischen und medizinischen Einrichtungen/Methoden? Ging ein/e Partner/in fremd? Wie haben Sie Krisen bisher versucht zu bewältigen?

## 11. Entwicklungsgeschichte des Patienten

### 11.1 Schwangerschaft:

- Wieviele Schwangerschaft?  1.  2.  3.  4.  5.
- Gab es zuvor Totgeburten?  nein  ja, (wann, Ursache) \_\_\_\_\_
- War die Schwangerschaft geplant?  ja  nein
- Erfolgte eine Behandlung der (vermeintlichen) Unfruchtbarkeit?  nein  ja
- Wenn ja, welche kam zum Einsatz?  IVF  ICSI  \_\_\_\_\_
- Wurde das Kind durch Leihmutterschaft ausgetragen?  nein  ja, \_\_\_\_\_

Hat die Mutter in der Schwangerschaft folgende Substanzen eingenommen, wie häufig/regelmäßig?

Nikotin	Alkohol	Drogen	Medikamente
<input type="checkbox"/> ja, _____			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nein

Hat es während der Schwangerschaft Besonderheiten gegeben?

<input type="checkbox"/> Blutungen	<input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen	<input type="checkbox"/> geschwollene Beine (Ödeme)
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Stress o. seelische Belastung
<input type="checkbox"/> erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/> Unfall, Krankenhausaufenthalte

Weitere bzw. nähere Anmerkungen zur Zeit der Schwangerschaft:

### 11.2 Geburtsverlauf:

Alter der Mutter:	Woche der Entbindung:	Art der Geburt	Entbindungsart:
		<input type="checkbox"/> stationäre Geburt	<input type="checkbox"/> Spontangeburt
Geburtsgewicht in Gr.:	Länge in cm:	<input type="checkbox"/> ambulante Geburt	<input type="checkbox"/> Saugglockengeburt
		<input type="checkbox"/> Hausgeburt	<input type="checkbox"/> Geburtszange
		<input type="checkbox"/> Wassergeburt	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt

Gab es Komplikationen während der Geburt?  nein  ja, bitte ankreuzen, ergänzen

<input type="checkbox"/> Langdauernde Geburt	<input type="checkbox"/> Nabelschnurvorfal oder Umschlingung	<input type="checkbox"/> Falsche Lage des Kindes
<input type="checkbox"/> Langdauernde Presswehen	<input type="checkbox"/> Schlechte Herztöne des Kindes	<input type="checkbox"/> Beckenendlage
<input type="checkbox"/> Blasensprung/ Fruchtwasserabgang < 6 Std. vor Geburt		<input type="checkbox"/> Querlage
		<input type="checkbox"/> Gesichtslage

Bestand eine Zwillings- oder Mehrlingsgeburt?  nein  ja, das Kind war  
 das erste  das zweite  \_\_\_\_\_

Hat das Kind sofort nach der Geburt geschrien?  ja  nein  weiß ich nicht

Hat der Vater die Geburt begleitet?  ja  nein  weiß ich nicht

Wurde das Kind nach der Geburt von der Mutter länger getrennt?  nein  
 ja, das Kind wurde in eine Kinderklinik verlegt (weshalb, wie lange) \_\_\_\_\_

vom Jugendamt weggenommen (Anlass etc.) \_\_\_\_\_

sonstiger Anlass: \_\_\_\_\_

### 11.3 Bindungsentwicklung, Körperkontakt und Nahrungsaufnahme

Ließ das Kind den Körperkontakt zu?  ja  nein  weiß ich nicht

Ließ sich das Kind durch Körperkontakt beruhigen?  ja  nein  weiß ich nicht

Vermied das Kind den Blickkontakt?  ja  nein  weiß ich nicht

War das Kind leicht irritierbar?  ja  nein  weiß ich nicht

Wurde das Kind gestillt?  ja, bis zum \_\_\_\_ Lebensmonat  
 nein, weil \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten beim Essen?  nein  ja, folgende:

<input type="checkbox"/> Lange Fütterungsdauer	<input type="checkbox"/> Saug-, Schluck oder Kaustörungen
<input type="checkbox"/> Vermehrtes Speicheln	<input type="checkbox"/> Abneigung gegen Speisen, welche?
<input type="checkbox"/> Erbrechen/ Würgen	<input type="checkbox"/> Umstellungsprobleme auf Breie, feste Nahrung?
<input type="checkbox"/> Nahrungsverweigerung	<input type="checkbox"/> Andere Auffälligkeiten, welche?

Wenn in den ersten Lebenswochen Probleme auftraten, wie belastend waren diese?

Problem/Störung	Ja	nein	Belastungsstärke			
			Gar nicht	Gering	Mittelstark	Sehr stark
Starker Gewichtsverlust						
Gelbsucht						
Atemprobleme, -störung						
Trinkschwäche						
Fütter- und Gedeihstörung						
Erbrechen						
Verdauung/Dreimonatskoliken						
Anhaltendes Schreien						
Motorische Unruhe						
Tag/Nacht Rhythmus, Schlafstörungen						
Fieberkrämpfe, Krämpfe						
Sonstiges:						

### 12. Entwicklungsbereiche und ihr Verlauf:

<b>Wie ist die motorische Entwicklung verlaufen?:</b>	Alter in Monaten:
Wann ist das Kind gekrabbelt?	
Wann konnte es allein sitzen?	
Wann konnte es frei stehen?	

Wann konnte es frei laufen?	
Bauch- und Rückenlage in der Wachphase wurden toleriert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist sehr bewegungsfreudig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind vermeidet Bewegungsaktivität?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Das Kind praktiziert(e) den Zehenspitzenengang?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen (spezifische Entwicklungsverzögerungen, Beobachtungen):

---



---

<b>Wie ist die sprachliche Entwicklung verlaufen?</b>	Alter in Monaten:
Wann konnte es erste Worte sprechen?	
Wann konnte es einfache Sätze bilden?	
Hat es sich mit Zeigen, Winken mit der Hand im 1. LJ verständigt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hat(te) es Schwierigkeiten beim Lautieren, Brabbeln im 1. LJ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Werden in der Familie noch andere Sprachen außer Deutsch gesprochen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Zeigt das Kind Auffälligkeiten in der Aussprache (welche)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Was waren die ersten Worte des Kindes?	

Trafen (wie lange?) oder treffen eine oder mehrere dieser sprachlichen Auffälligkeiten auf ihr Kind zu?  nein  ja, folgende

<input type="checkbox"/> Das Kind nimmt/nahm bei der Ansprache keinen Blickkontakt auf.	<input type="checkbox"/> Das Kind benutzt(e) eine Eigensprache.
<input type="checkbox"/> Das Kind schaut(e) dem anderen beim Sprechen nur wenig oder gar nicht in die Augen.	<input type="checkbox"/> Das Kind spricht nur in bestimmten Situationen, obwohl es sprechen kann.
<input type="checkbox"/> Das Kind reagiert(e) nicht, wenn man es beim Namen ruft/rief.	<input type="checkbox"/> sonstige:

Weitere Anmerkungen:

---



---

<b>Wie ist die Sauberkeitsentwicklung verlaufen?</b>	Alter in Monaten:
Wann war es tagsüber trocken?	
Wann war es tagsüber sauber?	
Wann war es nachts trocken?	
Wann war es nachts sauber?	
Leidet oder litt der Junge an einer Phimose (Vorhautverengung)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kam oder kommt es beim Kind zu Kotschmierer?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kam oder kommt es beim Kind häufig zu Verstopfung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Anmerkungen (Rückfälle, evtl. im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen, ...):

---



---

<b>Wie hat sich das Essen und Trinken entwickelt?</b>	Alter in Monaten:
Seit wann isst das Kind mit Besteck bzw. beherrscht deren Umgang?	
Kann das Kind alleine essen?	

Das Kind braucht zum Essen sehr lange.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind ist beim Essen sehr wählerisch.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind lehnt warme Speisen ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind lehnt kalte Speisen ab.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Das Kind hat eine Abneigung gegen bestimmte Nahrungsmittel.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen (Rückfälle, evtl. im Zusammenhang mit bestimmten Ereignissen, ...):

---



---



---

<b>Sexuelle Entwicklung – Verlauf der Pubertät?</b>	Alter in Monaten:	
Hatte das Kind bereits Stimmbruch, wann hat dieser begonnen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Wurde das Kind sexuell in der Familie aufgeklärt, wenn ja durch wen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Hatte das Kind bereits sexuelle Aufklärung in KG, Schule, Heim,...?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Ist das Kind an den Genitalien operiert worden, wenn ja weshalb?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Hatte ihre Tochter bereits ihre Regelblutung (Menstruation), seit wann?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,
Hatte ihr Sohn bereits Samenerguss (Pollution) , seit wann?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja,

Anmerkungen (Doktorspiele im Kindergarten; erste große Liebe; Interesse am anderen, gleichen Geschlecht; empfindet sich als Junge/Mädchen im falschen Körper, ...)

---



---

Wurde beim Kind die **Sehfähigkeit** überprüft?  nein  ja, zuletzt \_\_\_\_\_

Wurde eine Schielbehandlung durchgeführt?  nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Trägt es eine Brille/Kontaktlinsen?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Brille wegen seiner:  Kurzsichtigkeit  Dioptrienzahl: \_\_\_\_\_

Kontaktlinsen  Weitsichtigkeit  Dioptrienzahl: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wurde beim Kind die **Hörfähigkeit** überprüft?  nein  ja, zuletzt \_\_\_\_\_

Paukenergüsse (wann, Anmerkung) \_\_\_\_\_

Mittelohrentzündung (wann, Anmerkung) \_\_\_\_\_

Operation im HNO-Bereich (wann, Anmerkung) \_\_\_\_\_

Auditive Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung (wann) \_\_\_\_\_

Trägt es ein Implantat, Hörgerät?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

Hörgerät  Hörimplantat Ursache: \_\_\_\_\_

Wie ist das aktuelle **Schlafverhalten** des Kindes?  unauffällig  auffällig, denn es

wacht immer wieder auf  hat Alpträume

schläft lange nicht ein       schläft nur mit Lichtquelle  
Wo schläft das Kind?  im eigenen Bett       im eigenen Zimmer  
 bei den Eltern       bei Geschwistern  
Wann geht das Kind abends zu Bett? \_\_\_\_\_ Uhr      und steht es morgens auf? \_\_\_\_\_ Uhr

Zeigt das Kind aktuell Besonderheiten bei **Berührungen**?       nein       ja, folgende  
 vermeidet Körperkontakt       vermeidet bestimmte Kleidung, Materialien

---

Zeigt das Kind Besonderheiten (z.B. im individuellen bzw. objektiven) **Schmerzempfinden**?       nein  
 ja, \_\_\_\_\_

---

Zeigt das Kind eine **Bevorzugung einer Hand**?       nein       ja  
 Händigkeit noch unausgereift       linkshändig       rechtshändig

Zeigt das Kind besondere händische Schwierigkeiten?       nein       ja, beim  
 Malen       Basteln       Umgang mit Schere       Umgang mit Stift

Kann sich das Kind **selbständig anziehen**?       ja, seit \_\_\_\_       nein, es benötigt Hilfe beim  
 Reißverschluss       Schleife binden       Knöpfe schließen/öffnen

Wie beurteilen Sie als Eltern **im Vergleich mit anderen gleichaltrigen Kindern** die Entwicklung des Kindes?  
 normal, gleich schnell entwickelt       langsamer entwickelt       rascher entwickelt

### 13. Entwicklungsverlauf in der Kinderkrippe/ Kindergartenzeit:

Hat das Kind eine Kinderkrippe besucht?       nein       ja, ab dem \_\_\_\_ Lj.  
Hat das Kind einen Kindergarten besucht?       nein       ja, ab dem \_\_\_\_ Lj.  
Wie sind/waren die Besuchszeiten?       halbtags       ganztags       stundenweise: \_\_\_\_ Std.  
Hat(te) das Kind einen Integrationshelfer, Integrationsmaßnahmen?       nein       ja, welche?

---

---

Gibt/ gab es bei der Eingewöhnung Probleme?       nein       ja, welche?

---

---

Wie kommt/ kam das Kind mit den anderen Kindern zurecht?  gut  weniger gut, weil:

---

---

---

Wie kommt / kam das Kind mit den Erziehern/innen zurecht?  gut  weniger gut, weil:

---

---

---

Gibt/ gab es Auffälligkeiten, Schwierigkeiten oder besondere Ereignisse?  nein  ja, welche?

---

---

---

Wie gerne geht / ging das Kind in den Kindergarten?

sehr gerne  gern  mittel  nicht so gerne  sehr ungern

Gab es einen Kindergartenwechsel?

nein  ja, wann, (Alter des Kindes, weshalb?)

---

---

---

## 14. Schulischer Entwicklungsverlauf:

Hat das Kind eine Vorklasse besucht?  nein  ja, weshalb? \_\_\_\_\_

Wurde eine Diagnose und Förderklasse besucht?  nein  ja, \_\_\_\_\_

Wann wurde das Kind eingeschult (mit Jahren)? \_\_\_\_\_

Welche Schularten hat das Kind bisher besucht?

**bitte geben Sie jeweils an:**

Von wann bis wann bzw. Klasse war es an dieser Schulform? Wann erfolgten Umschulungen?

- Förderschule Grundschule
- Regelgrundschule
- Förderschule ab 5. Klasse  L  E  G
- Sprachheilschule
- Mittelschule
- Realschule Zweig:
- Gemeinschaftsschule

	<input type="checkbox"/> Berufs-, Fachschule für <input type="checkbox"/> Fachoberschule Zweig: <input type="checkbox"/> Berufsoberschule <input type="checkbox"/> Gymnasium Ausrichtung: <input type="checkbox"/> Andere: _____
Hat das Kind bereits eine Klasse wiederholt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?
Welche Klasse besucht das Kind aktuell?	_____
Was sind die Lieblingsfächer des Kindes?	_____
Hat das Kind Teilleistungsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, im <input type="checkbox"/> Lesen <input type="checkbox"/> Rechnen <input type="checkbox"/> Schreiben
Wurde der Besuch einer weiterführenden Schule von Lehrern empfohlen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hat das Kind einen Förderstatus an der Schule oder besucht es einen Förderunterricht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Erledigt das Kind die Hausaufgaben selbständig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zeigt das Kind bei den Hausaufgaben	<input type="checkbox"/> hohe Ablenkbarkeit <input type="checkbox"/> geringe(s) Durchhaltevermögen, Ausdauer <input type="checkbox"/> motorische Unruhe <input type="checkbox"/> Konzentrationsprobleme <input type="checkbox"/> Verweigerung zu beginnen <input type="checkbox"/> Unterschlagen v. Aufgaben, Vorbereitungen?
Das Kind ist mit den Hausaufgaben beschäftigt	<input type="checkbox"/> < 1 Std. <input type="checkbox"/> < 2 Std. <input type="checkbox"/> < 3 Std. <input type="checkbox"/> < __Std.
Bekommt das Kind Nachhilfe und wie regelmäßig?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, nach Bedarf im Fach _____ <input type="checkbox"/> ja, kontinuierlich im Fach _____
Besucht das Kind die schulische Nachmittagsbetreuung bzw. eine Ganztagesklasse? Wer betreut es am Nachmittag ansonsten?	<input type="checkbox"/> ja, die Nachmittagsbetreuung <input type="checkbox"/> ja, eine Ganztagesklasse <input type="checkbox"/> nein, wird von den Eltern betreut <input type="checkbox"/> nein, wird von den Großeltern betreut <input type="checkbox"/> nein, wird von _____ betreut
Wie beurteilen Sie die schulischen Leistungen?	<input type="checkbox"/> überdurchschnittlich <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> unterdurchschnittlich

Sind Sie mit den aktuellen schulischen Leistungen zufrieden?

- 
- zufrieden  
 meistens zufrieden  
 selten zufrieden  
 unzufrieden
- 

Wie ist das Kind in den Klassenverband integriert?

- mäßig bzw.  gut in die Klasse integriert  
 Außenseiter  Freunde in anderen Klassen
- 

Wurden bereits Diagnosen gestellt und wann?

- nein  
 ja, und zwar in der \_\_\_\_ Klasse  
 Dyskalkulie  Legasthenie  
 AD(H)S  \_\_\_\_\_
- 

Wie würden Sie das Sozialverhalten des Kindes in der Schule beschreiben?

- engagiert als  
 1./2. Klassensprecher  
 1./2. Schülersprecher  
 Schulsanitäter  
 Streitschlichter  
 Tutorentätigkeit  
 unauffällig  
 auffällig, z.B.  
 sehr stiller Schüler  
 aggressiv gegen Mitschüler  
 aggressiv gegen Lehrkräfte  
 verlässt unerlaubt das Schulgelände  
 stört häufiger den Unterricht  
 schwänzt öfter die Schule  
 isoliert sich selbst in den Pausen  
 verweigert Teilnahme am Sportunterricht  
 sonstiges:
- 

Wird eine berufsvorbereitende Maßnahme absolviert?

- nein  ja, (seit, welcher Art?)

## 15. Belastende Lebensereignisse für das Kind?

Bitte Alter des Kindes angeben, in dem das Ereignis stattfand bzw. weshalb denken Sie, wurde das Kind damit erheblich belastet?

- Trennungserfahrung (Tagesmutter, Gefängnis-  
aufenthalt(e) eines Elternteiles, ...)  
 Tod wichtiger Bezugspersonen, Tiere

---

---

---

---

- Geburt von Geschwistern, Geschwisterrolle \_\_\_\_\_
- Trennung bzw. Scheidung der Eltern \_\_\_\_\_
- Gewalt-, emotionaler, sexueller Missbrauch \_\_\_\_\_
- Umzüge / Verlust sozialer Bezüge \_\_\_\_\_
- Rassismus, Diskriminierung, Mobbing \_\_\_\_\_
- schwere Erkrankungen in der Familie \_\_\_\_\_
- eigene schwere Erkrankung/Unfälle \_\_\_\_\_

**16. Freizeitverhalten des Kindes:**

Wie viele gute Freunde hat das Kind ungefähr?

- keinen     einen     1-2 Freunde     3-4 Freunde     mehr als 4 Freunde

An wie vielen Tagen liest das Kind in einem gedrucktem/digitalem Buch?

- nie     sehr selten     an \_\_\_\_\_ Tagen pro Woche

Was spielt das Kind zu Hause am liebsten, mit wem und womit verbringt es dort hauptsächlich seine Freizeit?

---



---



---



---

Geht das Kind regelmäßigen außerhäuslichen Freizeitaktivitäten nach (Spielplatzbesuche, Sportarten betreiben, Sportvereinen angehören, Chor, Musikunterricht, Pfadfinder, Ministranten, Feuerwehr, Jugendrotkreuz, Schachverein, ...)?

- nein                       ja (welche, seit wann, wie häufig pro Woche)

---



---



---

Wie häufig finden folgende **Freizeitaktivitäten** statt (bitte entsprechend ankreuzen)?

Wie häufig	Jeden Tag	Etwa 3-5 mal pro Woche	Etwa 1-2mal pro Woche	Seltener	Nie
Spiel im Freien alleine, mit anderen					
Mein Kind besucht Freunde					

Freunde besuchen mein Kind					
-------------------------------	--	--	--	--	--

Wie viel **Freizeit** verbringt das Kind **mit welchen Spielen/Aktivitäten** ca. täglich mit Medien?

Wie häufig	Weniger als 1 Stunde	Etwa 1-2 Stunden	Etwa 3-4 Stunden	Mehr als 4 Stunden	Gar nicht
Handy Smartphone					
Computer, Tablet, Internet					
Fernsehen DVD etc.					
Playstation, Wii, Nintendo, Konsole(n)					
Sonn- und Feiertagen					
Samstag bzw. Feriendtage					

## 17. Medienkonsum – Umgang mit sozialen Netzwerken

Haben Sie bereits Regelungen getroffen, die den Medienkonsum regulieren und wie schützen Sie ihr Kind z.B. vor pornografischen Inhalten, Gewaltdarstellungen, ....?

Der Medienkonsum ist reguliert?  nein  ja, in Form einer  Zeitlimitierung  Altersfreigabeeinstellungen  
Dies erfolgt konsequent?  nein  ja, in Form  verbindlicher Absprachen  spezielle Software/Technikkontrolle

Auf welchen **sozialen Netzwerken** ist ihr Kind unterwegs?  das weiß ich nicht

WhatsApp  You Tube  Snapchat  
 Instagram  Tik Tok  Microsoft Teams  
 \_\_\_\_\_

War ihr Kind bereits **gefährlichen Inhalten und Risiken im Internet** ausgesetzt?  das weiß ich nicht

Hassbotschaften  Pornografie (Bilder, Filme)  KI generierte sexuelle Inhalte  
 Cybermobbing  Online Challenges mit  Sozialer Druck & Schönheitsideale  
 Datenschutzverletzung  gesundheitlichen Folgen  (nächtliche) lange Internetzeiten

## 18. Körperliche Gesundheit des Kindes:

Welche körperlichen Symptome treten aktuell auf?

Appetitlosigkeit  deutliche Gewichtszunahme  Erstickungsgefühle  
 Schlaflosigkeit  deutlicher Gewichtsverlust  Schwindel  
 vermehrtes Schlafbedürfnis  Magenbeschwerden  Kopfschmerzen  
 Schmerzen in der Brust  Würge- bzw. Brechreiz  Haut juckt/brennt  
 Schmerzen im Rücken  Übelkeit  Taubheitsgefühle  
 Schmerzen im Nacken  Schweißausbrüche  Zittern  
 Schmerzen in der Schulter  Herzrasen  \_\_\_\_\_

Welche Kinderkrankheiten hatte das Kind bisher und in welchem Alter trat diese auf?

---



---

Leidet das Kind an chronischen Krankheiten?  nein  ja, an:

**Allergien:**

- Heuschnupfen
- Hausstauballergie
- Nahrungsmittel

**Hauterkrankungen:**

- Neurodermitis
- Psoriasis (Schuppenflechte)
- Ichtyosis (Fischschuppen)

**Essstörungen:**

- Adipositas
- Binging Eating
- Magersucht

**Atemwegserkrankungen:**

- Asthma bronchiale
- Mukoviszidose
- Zystische Fibrose

**Diabetes:**

- Typ 1
- Typ 2

**Sonstige:**

- Neurofibromatose
- Angeborene Herzfehler
- Krebserkrankung (welche?)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Darmerkrankungen:**

- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn

**Anfällen:**

- Epilepsie
- Fieberkrämpfen
- Krampfanfällen

Haben Sie das Kind impfen lassen  nein, weil \_\_\_\_\_  
 ja und der Impfstatus ist aktuell?  ja  
 nein, es fehlen: \_\_\_\_\_

Hatte das Kind Krankenhausaufenthalte?  nein  ja,

Alter:	Einweisungsgrund:	Aufenthaltsdauer:

## 19. Spezielle Fragen bei Heimunterbringung, Adoptions- oder Pflegeverhältnissen:

### 19.1 Adoption und Pflegekinder:

Ist das Kind altersgerecht über die Hintergründe der Heimunterbringung informiert?

nein, weil: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ja, ihm ist bekannt, dass \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seit wann lebt das Kind in seinem neuen Lebensumfeld? \_\_\_\_\_

Weshalb lebt das Kind bei Ihnen? Wer hat dies veranlasst? (kurze Beschreibung der Umstände, wie ist die Einstellung des Kindes bzw. seiner leiblichen Elternteile zur Unterbringung, Pflegschaft, Adoption?)

---

---

---

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

---

---

---

Mit welchen Personen lebt das Kind jetzt im Alltag zusammen? Welche Qualifikation haben die betreuenden Personen? Auf welche Fachdienste können die betreuenden Personen zurückgreifen?

---

---

---

Mit wie vielen Kindern lebt das Kind zusammen? Wie ist die Alters- und Geschlechtsverteilung? Wie viele leibliche Kinder der Pflege/Adoptiveltern bzw. weitere Pflege-, Adoptivkinder (Alter, Geschlecht leben in der Familie zusammen?)

---

---

---

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

---

---

---

Wie ist das Verhältnis aktuell zu seinen leiblichen Eltern? In welchen Abständen finden Umgänge wo statt?

---

---

---

Sind weitere Geschwister in Adoptiv- bzw. Pflegefamilien untergebracht? Wie ist das Verhältnis aktuell zu seinen Geschwistern? In welchen Abständen finden (begleitende) Umgänge wo statt?

Hat das Kind einen Vormund?  nein  ja (Name und Adresse): \_\_\_\_\_

### 19.2 Heimkinder

*(wenn es unmittelbar zuvor in einer Adoptiv- bzw. Pflegefamilie gelebt hat, bitte auch die Fragen von 19.1 ausfüllen!)*

Ist das Kind altersgerecht über die Hintergründe der Heimunterbringung informiert?

nein, weil: \_\_\_\_\_

ja, ihm ist bekannt, dass \_\_\_\_\_

Welche **fachlichen Standards** erfüllt die Einrichtung/Maßnahme?

heilpädagogische Wohngruppe  therapeutische Wohngruppe  betreutes Wohnen

Seit wann lebt das Kind im Heim? \_\_\_\_\_

Weshalb lebt das Kind im Heim? Wer hat die Heimunterbringung veranlasst? (kurze Beschreibung der Umstände, wie ist die Einstellung des Kindes bzw. seiner leiblichen Elternteile zur Heimunterbringung?)

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

Mit welchen Personen lebt das Kind jetzt im Alltag zusammen? Welche Qualifikation haben die betreuenden Personen? Auf welche Fachdienste können die betreuenden Personen zurückgreifen?

Wer ist die Fachkraft, welche die Bezugspersonenstunden der Richtlinien-therapie wahrnehmen wird?

Name, Vorname, Qualifikation: \_\_\_\_\_

Die Bezugspersonenstunden werden von dieser Fachkraft  allein  mit dem Team  mit den Eltern bzw.  im Wechsel mit den Eltern wahrgenommen.

Mit wie vielen Kindern lebt das Kind zusammen? Wie ist die Alters- und Geschlechtsverteilung? Wie viele Kinder (Alter, Geschlecht) leben in der Wohngruppe zusammen?

---

---

---

Welche heilpädagogischen/therapeutischen Maßnahmen werden mit dem Kind aktuell intern bzw. extern durch welche Fachkräfte durchgeführt? Wird das Kind extern bzw. in einer Heimschule beschult?

---

---

---

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

---

---

---

? Wie ist das Verhältnis des Kindes aktuell zu seinen leiblichen Eltern? In welchen Abständen finden Heimfahrten/Beurlaubungen statt? Nehmen die Eltern während der Woche Kontakt zum Kind auf bzw. nehmen diese an Heim-/Schulfesten teil?

---

---

---

Wie wird die Elternarbeit seitens der Einrichtung gestaltet? Wer hält den Kontakt zu den Eltern, wie finden Reflexionen von Heimfahrten statt? Wie gestaltet sich die Teilnahme der Elternteile an den Hilfeplänen? Findet ein gezieltes Elterntaining statt? Wie werden die Eltern auf eine evtl. Rückführung vorbereitet?

---

---

---

## 20. Raum für weitere Notizen/Ergänzungen/Hinweise:

**Vielen Dank für Ihre Arbeit und Offenheit!**

*Thomas Schneider*