



Wann traten die Probleme erstmals auf?

Worüber machen Sie sich am meisten Sorgen?

Wie hat sich das Verhalten / Befinden Ihres Kindes verändert?

BISHERIGE HILFEN/ THERAPIEN

Gab es bereits psychologische oder psychiatrische Behandlungen?

Nein Ja – Wann / Wo / Welche Diagnosen?

Gab es Empfehlungen, die ggf. umgesetzt werden konnten?

Gab es bereits Fördermaßnahmen oder andere Therapien? (z. B. Ergo, Logo, Frühförderung)

Nein Ja: _____

Gab/ Gibt es Hilfen durch das Jugendamt? (Erziehungsbeistand/ Familienhilfe/ Erziehungsberatung etc.)

Zuständigkeit Jugendamt? Ansprechpartner?



ENTWICKLUNGSGESCHICHTE IHRES KINDES	
SCHWANGERSCHAFT	
Wieviele Schwangerschaft? Wunschkind?	
Gab es Schwangerschaftsabbrüche im Vorfeld?	
Besondere Ereignisse, Belastungen während der Schwangerschaft	
Komplikationen während der Schwangerschaft (Blutungen/ vorzeitige Wehen/ Krankenhausaufenthalte etc.)	
Risikofaktoren: <input type="checkbox"/> Rauchen – Wenn ja wie viel?	
<input type="checkbox"/> Alkohol – Wenn ja wie viel?	
<input type="checkbox"/> Drogenkonsum – Wenn ja welche Art/ wie viel?	
GEBURT	
Schwangerschaftswoche bei Entbindung	
Alter der Mutter bei Geburt	
Geburtsverlauf/ Komplikationen während der Geburt	
Geburtsgewicht:	Körpergröße: APGAR:
VERLAUF NACH GEBURT	
Komplikationen nach Geburt	
Wurde Ihr Kind gestillt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja , wie viele Monate _____	



FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG

Wie hat sich Ihr Kind als Säugling entwickelt (Essverhalten/ Gewichtsentwicklung/ Wachstum/ häufige Krankheiten)

Gab es Hinweise auf Entwicklungsverzögerungen?

Motorik

Sprache

Sauberkeit

Unfälle im Säuglings- und/ oder Kleinkindalter

Krankenhausaufenthalte im Säuglings- und/ oder Kleinkindalter

Verhalten im Kleinkindalter (Interaktionen mit anderen Kindern/ ruhig/ unruhig/ aufgeschlossen/ ängstlich/ anhänglich etc.)

KINDERGARTENZEIT

Durch wen wurde das Kind vor Eintritt in die Kita am meisten betreut?

Alter Kitaeintritt

Gab es Wechsel (andere Kita/ Bezugserzieher)

Wie verlief die Eingewöhnung? Gab es Schwierigkeiten?

Auffälligkeiten/ Verhalten während der Kitazeit



SCHULISCHE ENTWICKLUNG

Alter der Einschulung

Welche Schule

Gab es Schulwechsel
(Innerhalb der GS)

Verhalten/ Auffälligkeiten während der Grundschulzeit (Umgang mit Mitschülern/ Lehrkräften/ Lernschwierigkeiten?)

Weiterführende Schule

Weitere Schulwechsel

Klassenwiederholungen

Sozialverhalten Ihres Kindes in der aktuellen Schule

Wie beurteilen Sie die aktuellen schulischen Leistungen Ihres Kindes?

unterdurchschnittlich durchschnittlich überdurchschnittlich

Hat Ihr Kind Teilleistungsstörungen oder Leistungsdefizite in Teilbereichen?

nein ja, in folgenden Bereichen:

Besteht ein Förderschwerpunkt oder eine klinische Diagnose im schulischen Bereich?

nein ja, in folgenden Bereichen:

FREIZEITVERHALTEN

Pflegt Ihr Kind regelmäßige Freundschaften?



Hobbies und Vereine (seit wann)?

Wie beurteilen Sie den **Medienkonsum** Ihres Kindes?

Innerhalb der Woche (in Stunden/ Tag):

Am Wochenende/ Ferien (in Stunden/ Tag):

Schlafverhalten

Wie viele Stunden schläft Ihr Kind?

Schläft Ihr Kind tagsüber?

Ein- und/ oder Durchschlafstörungen?

KRANKHEITEN UND ALLERGIEN

Akute Erkrankungen

Chronische Erkrankungen

Krankenhausaufenthalte
(Wann? Warum?)

Operationen

Allergien

Regelmäßige
Medikamente

FAMILIE

Sorgeberechtigte Personen

Mutter Vater Beide Vormund Sonstige: _____
 Alleinige Sorge Gemeinsame Sorge

zusammen lebend, seit _____ verheiratet, seit _____

getrennt, seit _____ geschieden, seit _____

andere Familienkonstellation _____



	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Geburtsdatum / Alter		
Nationalität		
Schulabschluss		
Erlerner Beruf		
Aktuelle Tätigkeit		
Arbeitsumfang h/Wo		
Familienstand		
Anzahl der Kinder		
Körperliche Erkrankungen/ Einschränkungen		
Psychische Erkrankungen/ Einschränkungen		
Rauchen/ Alkohol/ Drogen		

FÜR GETRENNT LEBENDE ELTERNPAARE

	Lebenspartner/in der Mutter	Lebenspartner/in des Vaters
Vor- und Nachname		
Aktuelle Anschrift		
Telefon		
Geburtsdatum / Alter		
Nationalität		
Schulabschluss		



Erlerner Beruf		
Aktuelle Tätigkeit		
Arbeitsumfang h/Wo		
Familienstand		
Anzahl der Kinder		
Körperliche Erkrankungen/ Einschränkungen		
Psychische Erkrankungen/ Einschränkungen		
Rauchen/ Alkohol/ Drogen		

UMGANGSREGELUNGEN UND WOHSITUATION

Es besteht Kontakt zu dem getrenntlebenden Elternteil

Wie häufig?

Es besteht KEIN Kontakt zu dem getrenntlebenden Elternteil

Seit wann und warum?

Wie zufrieden sind Sie mit der aktuellen Umgangsregelung?

Wie zufrieden ist Ihr Kind mit der aktuellen Umgangsregelung?

Beschreiben Sie bitte die Wohnsituation Ihres Kindes

Gibt es Dinge die Sie bezügl. Der Wohnsituation gern verändern würden?



GESCHWISTER					
	1	2	3	4	5
Name, Vorname					
Geburtsdatum					
Beziehung (Voll/ Halb/ Stief)					
Mütterlicherseits/ Väterlicherseits					
Klasse/ Schule/ Abschluss?					
Ausbildung/ Beruf					
Probleme/ Auffälligkeiten/ Erkrankungen	Körperlich	Körperlich	Körperlich	Körperlich	Körperlich
	Psychisch	Psychisch	Psychisch	Psychisch	Psychisch
Lebensumstände/ lebt mit im Haushalt					
Beziehung zum Kind/ Jugendlichen					

ERKRANKUNGEN UND AUFFÄLLIGKEITEN IN DER WEITEREN FAMILIE (Großeltern, Tanten/ Onkel etc.)
Körperliche Erkrankungen
Psychische Erkrankungen
Suizidversuche/ vollendete Suizide



ERZIEHUNGSSTIL UND UMGANG INNERHALB DER FAMILIE

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben?

Mutter

Vater

Wie ist Ihr Umgang mit Konflikten/ bei Schwierigkeiten Ihres Kindes

Mutter

Vater

Gibt es Themen innerhalb Ihrer Familie, über die nicht/ nur sehr ungern gesprochen werden?

Welche sonstigen belastenden Lebensereignisse gab es im Leben Ihres Kindes? Wann? Reaktion Ihres Kindes darauf?

Wie sind Sie damit umgegangen?

Wie belastend sind diese Ereignisse/ dieses Ereignis aktuell?



ZIELE UND WÜNSCHE

Was erhoffen Sie sich von der Psychotherapie für Ihr Kind?

Gibt es Veränderungen, die Sie sich auch für sich selbst als Eltern wünschen?

Gibt es Dinge die bisher noch nicht angesprochen wurden, aber wichtig sind, um die Problematik besser zu verstehen?

VIELEN DANK FÜR IHRE BEMÜHUNGEN