



ZENTRUM
-INNERE MITTE-

Praxis für Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung Fachärztin Maria Lessau

Neuwerkstraße 2, 99084 Erfurt | Tel.: 0361/2228417 | Fax: 0361/2228418

Elternfragebogen

Datum: _____

Name des Kindes: _____

Geburtstag: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Von wem wurde der Bogen ausgefüllt: _____

Bei wem liegt das Sorgerecht: _____

Familie:

Name der Mutter: _____ Alter: _____

Abschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Name des Vaters: _____ Alter: _____

Abschluss: _____

Erlerner Beruf: _____

Ausgeübter Beruf: _____

Eltern verheiratet/getrennt/geschieden - Zeiten dazu: _____

Lebensmittelpunkt des Kindes: _____

Kontakt zu Elternteilen/ wie häufig: _____

Neuer Partner*in von Mutter/Vater: _____

Wer lebt mit im Haushalt: _____

Adoption: _____

Pflegekind: _____

Geschwister

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Name: _____ Alter: _____

Familiäre Vor*Erkrankungen (psychisch/ körperlich):

Allergien: _____

aktuelle Medikation: _____

Wohnverhältnisse:

Wohnung/ Haus/ Zimmer: _____

Umzüge: _____

Eigenes Zimmer: _____

Teilt sich das Zimmer mit: _____

Schwangerschaft/ Geburt:

Gewünschte Schwangerschaft: Ja Nein

Alter: _____

Konsum Nikotin: _____ Alkohol: _____

Verlauf/ Komplikationen/ Blutungen: _____

Geburt/ Komplikationen/ Schwangerschaftswoche: _____

Klinik: _____

Maße (Gewicht | Kopfumfang | APGAR): _____

Nachgeburtlicher Verlauf/ Komplikationen (Wie lange in Klinik?): _____

Stillen: _____

Emotionales Befinden der Mutter nach Geburt: _____

Körperliche und geistige Entwicklung:

Schrei-, Fütter-, Schlafprobleme: _____

Wann lernte ihr Kind Krabbeln: _____

Wann lernte ihr Kind Laufen: _____

Wann begann ihr Kind zu sprechen: _____

Wie verlief die Sauberkeitsentwicklung,

Tags trocken mit wieviel Monaten? _____

Nachts trocken mit wieviel Monaten? _____

Fremdelphase (mit wieviel Monaten?) _____

Trotzphase (mit wieviel Monaten?) _____

Unfälle: _____

(Kinder-) Krankheiten: _____

Klinikaufenthalte: _____

Schlaf (allein, in eigenem Bett, auch außerhalb?): _____

Schlaf (Einschlafen, Durchschlafen?): _____

Essverhalten: _____

Kita:

von wann bis wann (ab wievielten Monat): _____

Ganztags/halbtags: _____

Wechsel der Kita: _____

Auffälligkeiten (Trennungsprobleme und erschwerte Eingewöhnung, Freunde,
Spielverhalten, Aggressionen, Unruhe, Sprache, Konzentration, Motorik): _____

Schule:

Alter bei Einschulung: _____

Aktuelle Schule und Klasse: _____

Klassenlehrer: _____

Einschulung am: _____

Zurückstellung vor der Einschulung: _____

Klassenwiederholung/ Schulverweigerung: _____

Schulwechsel: _____

Geht ihr Kind gern in die Schule? _____

Leistungen: _____

Lieblingsfächer: _____

Weniger gemochte Fächer: _____

Nachhilfe/ Förderung: _____

Verhältnis zu den Mitschülern: _____

Wie verlaufen die Hausaufgaben, wo werden sie erledigt: _____

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten in der Schule: _____

Wenn ja, seit wann: _____

Gibt es ein sonderpädagogisches Gutachten? (von wann?)

Negative Erlebnisse:

Gab es in ihrer Familie oder dem Umfeld ihres Kindes „schwierige Ereignisse“, die ihr Kind bzw. Sie selbst belastet haben oder noch belasten?

Hobbys:

Was sind Interessen: _____

Was kann ihr Kind gut: _____

Was mag ihr Kind nicht: _____

Beziehungen:

Wie ist der Kontakt zu Geschwistern? _____

Gibt es Freunde und woher kommt der Kontakt? _____

Mögen sie als Eltern diese Freunde? _____

Sind die Freunde jünger/ älter/ gleich alt? _____

Wie häufig verbringt ihr Kind Freizeit mit Freunden (außerhalb der Schule)? _____

Erziehung:

Gibt es weitere Personen im Haushalt, welche Einfluss auf die Beziehung haben.

Gibt es Belohnungen, welche? _____

Gibt es Konsequenzen, welche? _____

Gibt es regelmäßige Pflichten? _____

Wie ist der Medienkonsum pro Tag? (TV, Handy, Tablet, Konsole) _____

Was mögen und schätzen sie an ihrem Kind:

Vielen Dank!

Bitte bringen Sie den Fragebogen am Tag des ersten Termines mit in die Praxis oder schicken ihn zuvor per E-Mail.