

Demografischer Fragebogen und Anamnese

Liebe Eltern,

im Folgenden sehen Sie Fragen zu Ihrem Kind und Ihnen als Bezugspersonen. Diese Fragen dienen dazu, zusammenfassend Informationen zusammenzustellen, die selbstverständlich im Gespräch vertieft erörtert werden. Ich möchte Sie bitten, alle Fragen zu beantworten und möglichst keine der Fragen auszulassen. Bei manchen Fragen ist es erforderlich, dass Sie einfach bei zutreffenden Aussagen ein Kreuz in die jeweiligen Kästchen setzen. Andere Fragen sind so konzipiert, dass Sie mit ihren Beschreibungen die leeren Zeilen ausfüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Information über die Mutter

- Was ist der höchste allgemeinbildende Schulabschluss der Mutter?
 - ☐ (Noch) kein Abschluss
 - ☐ Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
 - ☐ Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
 - ☐ Abitur/Fachhochschulreife
 - ☐ Sonstiges
- Welchen höchsten berufsqualifizierenden Abschluss hat die Mutter bislang erworben:
 - ☐ Kein Ausbildungsabschluss
 - ☐ Noch in Ausbildung bzw. Studium
 - ☐ Lehre bzw. Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker
 - ☐ Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss
- Ist die Mutter derzeit arbeitsfähig bzw. krankgeschrieben?
 - ☐ Arbeitsfähig
 - ☐ Arbeitsunfähig
 - ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe
 - ☐ Altersrente
 - ☐ Arbeitssuchend
 - ☐ Sonstiges
- Welchen Beruf hat die Mutter erlernt? _____
- Welchen Beruf übt die Mutter aktuell aus? _____

Information über den Vater

- Was ist der höchste allgemeinbildende Schulabschluss des Vaters?
 - ☐ (Noch) kein Abschluss
 - ☐ Hauptschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
 - ☐ Realschulabschluss oder gleichwertiger Abschluss
 - ☐ Abitur/Fachhochschulreife
 - ☐ Sonstiges
- Welchen höchsten berufsqualifizierenden Abschluss hat der Vater bislang erworben:
 - ☐ Kein Ausbildungsabschluss
 - ☐ Noch in Ausbildung bzw. Studium
 - ☐ Lehre bzw. Berufsausbildung, inkl. Fachschule, Techniker
 - ☐ Universitäts- bzw. Fachhochschulabschluss

- Ist der Vater derzeit arbeitsfähig bzw. krankgeschrieben?
 - ☐ Arbeitsfähig
 - ☐ Arbeitsunfähig
 - ☐ Erwerbsunfähigkeitsrente aufgrund anderer Gründe
 - ☐ Altersrente
 - ☐ Arbeitssuchend
 - ☐ Sonstiges
- Welchen Beruf hat der Vater erlernt? _____
- Welchen Beruf übt der Vater aktuell aus? _____

Information über das Kind

- Was für eine Schule besucht das Kind bzw. hat es besucht?

☐ Krippe/Kindergarten	☐ Grundschule	☐ Realschule Plus
☐ Gymnasium	☐ Sonder- Förderschule	☐ Waldorfschule
☐ Montessori Schule	☐ Berufsschule	☐ Gesamtschule
☐ Sonstiges		
- Welche Schule besucht Ihr Kind? _____
- Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____
- Notendurchschnitt des letzten Zeugnisses? _____
- Hat ihr Kind schon einen Schul-/Berufsabschluss erworben? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welchen? _____

Information über die familiäre Gemeinschaft

- Wie ist die aktuelle Beziehungsstatus der Eltern des Kindes? _____
- Falls getrennt lebend:
 - Wie ist der aktuelle Beziehungsstatus der Mutter? _____
 - Wie ist der aktuelle Beziehungsstatus des Vaters? _____
- Bei wem lebt das Kind hauptsächlich?

☐ Leiblichen Eltern	☐ leiblicher Mutter	☐ Leiblichem Vater
☐ Leiblicher Mutter und Partner	☐ Leiblichem Vater und Partner	☐ Leibliche Geschwister
☐ Stiefgeschwister	☐ Adoptiveltern	☐ Pflegeeltern
☐ Großeltern	☐ Stationäre Jugendhilfe	☐ Teilstationäre Jugendhilfe
- Wie ist das Verhältnis zwischen den Eltern?

☐ Starke Disharmonie	☐ häufige Missverständnisse und Streit
☐ „normale“ Ehe	☐ gute Harmonie und selten Streit
☐ Fast völlige Harmonie und Übereinstimmung	
- Welche Anlässe gibt es für Streitigkeiten zwischen den Eltern?

- Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?
 - Mutter _____

○ Vater _____

○ Kind _____

• Welche Sprachen werden bei Ihnen zu Hause gesprochen? _____

• Hat ihr Kind leibliche Geschwister? ☐ ja ☐ nein

• Bitte geben Sie Name, Geburtsdatum und Geschlecht der leiblichen Geschwister an:

Name: _____ Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____

Name: _____ Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____

• Wie ist das Verhältnis Ihres Kindes zu seinem/-n Geschwister/-n?

• Welcher Nettoeinkommensklasse pro Monat ordnen Sie sich zu?

- ☐ Weniger als 1.500€
- ☐ 1.501-2.500€
- ☐ 2.501-3.500€
- ☐ 3.500-5.000€
- ☐ Mehr als 5.001€
- ☐ Staatliche Unterstützung: _____

Information über die Symptome:

Die folgenden Fragen beziehen sich auf das Problem oder die Problembereiche, unter dem/denen Ihr Kind momentan am meisten leidet. Dieser Teil kann auch vom Patienten/von der Patientin ausgefüllt werden.

• Bitte beschreiben Sie die vorliegende Symptomatik. Wie äußert sich dieses Problem?

• Seit wann bestehen die Probleme?

- Bitte beschreiben Sie, wie sich die Probleme Ihres Kindes vom ersten Auftreten bis heute entwickelt haben.

- Psychotherapeutische Vorbehandlungen: Hat ihr Kind bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine/n Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in bzw. eine/n Psychotherapeut/in aufgesucht oder sich in psychotherapeutische Behandlung begeben, oder war es in einer psychotherapeutischen Klinik?

Dauer	Jahr	Name	Art der Behandlung

- Bitte kreuzen Sie frühere Behandlungen an:

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Psychotherapie | ☐ stationäre Therapie | ☐ Frühförderung |
| ☐ Ergotherapie | ☐ Logotherapie | ☐ psychiatrische Behandlung |
| ☐ Sonstiges | | |

- Wie haben Sie bisher versucht, mit der Symptomatik umzugehen?

Information über die Entwicklung des Kindes

- Schwangerschaft/Geburt

Alter der Mutter bei der Geburt	
Komplikationen	
Besonderheiten	
Zigaretten am Tag während der Schwangerschaft	☐ 0 ☐ 1-5 ☐ 6-10

	☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ mehr als 20
Alkoholkonsum	☐ ja ☐ nein
Sonstige Drogen	☐ ja ☐ nein
Frühgeburt	☐ ja ☐ nein SSW:

Erwünschte Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

Vorherige Schwangerschaftsabbrüche? ☐ ja ☐ nein

Fehlgeburten? ☐ ja ☐ nein

- Alter des Kindes: 0-3 Jahre

Kind wurde überwiegend betreut von:	
Ernährung (Stillen, Flaschennahrung, Beikost, Auffälligkeiten):	
Verhaltensregulation/Temperament:	
Auffälligkeiten in frühkindlicher Entwicklung (Hinweise in <u>gelbem U-Heft</u>)	
Laufen	Alter: Auffälligkeiten:
Sprache/Sprechen	Alter: Auffälligkeiten:
Sauberkeit	Alter: Auffälligkeiten:
OPs/Erkrankungen	
Besondere Fähigkeiten/Erlebnisse	

- Alter des Kindes: 3-6 Jahre

Krippe/Tagesmutter/Kindergarten:	
Besuch von/bis:	

Trennungsangst:	☐ leicht eingewöhnt
	☐ trennungsängstlich
Beschäftigungsvorlieben:	
Verhaltensauffälligkeiten:	
Besondere Fähigkeiten/Erlebnisse:	
OPs/Erkrankungen	

- Alter: 6-10 Jahre

Alter Einschulung:	
Beziehung zu Eltern:	
Beziehung zu Lehrpersonen:	
Lernschwierigkeiten:	
	Klasse wiederholt? ☐ ja ☐ nein Welche?
Hausaufgabenschwierigkeiten:	☐ ja ☐ nein Welche?
Verhaltensauffälligkeiten:	
Aktivitäten:	
Besondere Fähigkeiten/Erlebnisse:	
OPs/Erkrankungen	

- Alter: 10-14 Jahre

Freundschaften:	
Beziehung zu Eltern:	
Pubertätsprobleme:	
Schulische Schwierigkeiten:	
	Klasse wiederholt? ☐ ja ☐ nein Welche?
Hausaufgabenschwierigkeiten	☐ ja ☐ nein Welche?
Verhaltensauffälligkeiten:	
Aktivitäten:	
Besondere Fähigkeiten/Erlebnisse?	
OPs/Erkrankungen	

- Alter: 14-18 Jahre

Schulabschluss/Berufsausbildung	
Beziehung zu Eltern:	
Schulische Schwierigkeiten:	
	Klasse wiederholt? ☐ ja ☐ nein Welche?
Hausaufgabenschwierigkeiten	☐ ja ☐ nein Welche?
Einstellung und Beziehung zum anderen Geschlecht:	
Erste sexuelle Erfahrungen:	

Besondere Fähigkeiten/Ereignisse:	
Aktivitäten/Interessen	
OPs/Erkrankungen	

- Alter: 18-21 Jahre

Abgrenzungswünsche von den Eltern	
Auszug aus dem Elternhaus:	
Selbstständigkeitsentwicklung:	
Partnersuche:	
Besondere Fähigkeiten/Ereignisse:	
Aktivitäten/Interessen	
OPs/Erkrankungen	

Somatischer Befund

- Wie groß ist ihr Kind? _____ Wie viel wiegt ihr Kind? _____
- Wie ist das Essverhalten ihres Kindes?

- Wie ist der Schlafrhythmus Ihres Kindes?

Schlafdauer	Schlafrhythmus	Ausreichend Schlaf?	Einschlafprobleme	Durchschlafprobleme
	☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

- Bitte nennen sie alle dauerhaften oder belastenden gesundheitlichen Probleme, die Ihr Kind früher hatte oder jetzt hat.

- Liegen ärztliche Diagnosen/chronische Krankheiten/Allergien bei Ihrem Kind vor?

- Hat ihr Kind in den letzten 3 Monaten Medikamente eingenommen? Wenn ja, bitte tragen sie folgenden Informationen ein:

Medikament	Dosis und Art	Wie oft pro Tag?	Warum eingenommen	Wirksamkeit	Aktuelle Einnahme?

- Gibt es bei Familienmitgliedern oder wichtigen Bezugspersonen (z.B. Freunde) schwere oder chronischen Krankheiten, psychiatrische Krankheiten oder Schmerzen? Wenn ja, bitte beschreiben:

- Gibt es zurzeit schwere Belastungen in Ihrer Familie oder im Leben Ihres Kindes? Wenn ja, bitte beschreiben
