



Kinder- und jugendpsychiatrisches
und -psychotherapeutisches Zentrum
Düsseldorf

Adersstr. 21
40215 Düsseldorf
Tel.: 0211/38 44 74-0
Fax: 0211/38 44 74-10
mail@kipz.de
www.kipz.de

Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern!

Die Kenntnis des bisherigen Lebensverlaufs des Kindes/Jugendlichen ist für eine Behandlung sehr wichtig. Nachfolgend finden Sie dazu Fragen, die Sie bitte in Ruhe und möglichst genau beantworten. Sollten Sie etwas nicht wissen oder nicht mitteilen wollen, so lassen Sie die Fragen aus. **Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen/therapeutischen Schweigepflicht.** Bitte bringen Sie den Elternfragebogen zum Erstgespräch mit. Vielen Dank!

Ihr Kind, um das es geht

Vorname, Name, Geburtsdatum

Schulform (Klasse)/Ausbildung/Studium, Sonstiges

Aktuelle Problematik

Bitte schildern Sie hier kurz stichpunktartig die Gründe für die Vorstellung Ihres Kindes:

Wurde schon einmal eine psychiatrische Diagnostik bei Ihrem Kind durchgeführt? Wenn ja, welche, wann und wo? _____

Angaben zur leiblichen Mutter

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand/Partner	
Schulabschluss	
Ausbildung und Beruf (ganztags/halbtags)	
Bisherige Erkrankungen	

Angaben zum leiblichen Vater

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift	
Telefonnummer	
Staatsangehörigkeit	
Familienstand/Partner	
Schulabschluss	
Ausbildung und Beruf (ganztags/halbtags)	
Bisherige Erkrankungen	

Gibt es psychiatrische und/oder körperliche Erkrankungen? Wenn ja, bei wem in der Familie und welche?

Geschwister

weitere leibliche Kinder (Bitte führen Sie alle Kinder in der Reihenfolge ihrer Geburten an)

Name	Geburtsdatum	Schule/Beruf

Schwangerschaft

Traten während der **Schwangerschaft** Ihres Kindes Probleme/Erkrankungen/
Komplikationen auf? Wenn ja, welche?

Alkohol- Nikotinkonsum Medikamente während der Schwangerschaft
 Seelische Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft:

Geburt

Die **Geburt** erfolgte termingerecht zu früh zu spät spontan per Kaiserschnitt
 per Glocke/Zange o _____
APGAR-Wert ____/____/_____

Es gab während der Geburt folgende **Komplikationen**:

Falsche Lage des Kindes, welche? _____
 Nabelschnurumschlingung Geburtsstillstand Not-Kaiserschnitt

Neugeborenen-Maße:

Gewicht: _____ Länge: _____ Kopfumfang: _____ cm

Musste Ihr Baby im Brutkasten liegen? Ja, weil _____ Nein

Musste Ihr Baby nach der Geburt in einer Kinderklinik behandelt werden?

Ja, weil _____ Nein

Wurde Ihr Baby gestillt? o Ja, wie lange _____ o Nein
Zeigte Ihr Baby ein problematisches Essverhalten? Wenn ja, welches?

War Ihr Baby während des ersten Lebensjahres ...?
o besonders ruhig o besonders unruhig o besonders empfindlich o _____

Meilensteine der frühkindlichen und kindlichen Entwicklung

In welchem Alter erreichte Ihr Kind folgende Meilensteine?

Freies Sitzen	
Laufen	
Sprechen	
Sauber tagsüber(Wasserlassen)	
Sauber nachts (Wasserlassen)	
Sauber tagsüber (Stuhlgang)	
Sauber nachts (Stuhlgang)	

Hat Ihr Kind später noch einmal ...?
o eingenässt, wann? _____ o eingekotet, wann: _____
Welche Einflüsse könnten Ihrer Meinung nach dafür verantwortlich sein?

Welche **Bezugspersonen** hatte Ihr Kind **während der ersten Lebensjahre**?

War Ihr Kind innerhalb der ersten beiden Lebensjahre längere Zeit von seiner Mutter getrennt? o Ja, weil _____

Gab es während der ersten Lebensjahre bei der Entwicklung Ihres Kindes sonst noch irgendwelche Auffälligkeiten oder Besonderheiten?

Pubertät

Gab es Auffälligkeiten während der Pubertät?

Impfstatus

Das Kind ist geimpft gegen (bitte ankreuzen)

Windpocken Masern Mumps Röteln Polio/Kinderlähmung Tetanus
 Diphtherie Keuchhusten Hepatitis B Meningokokken _____

Gab es bei einer **Impfung Komplikationen**? Wenn ja, bei welcher Impfung und welche Komplikationen? (Fieber, Krämpfe, Impfschäden etc.)

Vorerkrankungen Ihres Kindes

Hat Ihr Kind **körperliche Vorerkrankungen**? _____

Mein Kind hat eine Sehbehinderung Hörbehinderung Sprachbehinderung
 Körperbehinderung Geistige Behinderung _____

Bitte listen Sie im Folgenden kurz **Unfälle, Operationen** und **Krankenhausaufenthalte** auf:

Gibt es **Allergien**? _____

Hatte Ihr Kind schon einmal einen **Krampfanfall**?

Ja, im Alter von _____ erster Anfall, letzter Anfall im Alter von _____

Art der Anfälle: _____

Häufigkeit in den letzten 12 Monaten: _____ Letztes EEG: _____

Medikamente: _____

Behandlung bei: _____

Hat Ihr Kind bisher irgendwelche speziellen Fördermaßnahmen erhalten, z.B. Logopädie oder Ergotherapie? _____, von: _____ bis _____

Kindergarten, Grundschule, weiterführende Schule, Ausbildung

Hat Ihr Kind einen **Kindergarten** besucht?

- Ja, von: _____ bis: _____

Schwierigkeiten: _____

Bitte geben Sie im Folgenden einige Informationen zur **Grundschulzeit** Ihres Kindes an!

- Besuch einer Regelgrundschule von _____ bis _____
- Besuch einer integrativen Grundschule von _____ bis _____
- Besuch einer sonstigen Grundschule von _____ bis _____
- Vorzeitige Einschulung
- Spätere Einschulung nach Schulreife-test
- Wiederholung einer Klasse welche: _____
- Überspringen einer Klasse welche: _____
- Auffälliges Sozialverhalten
- Probleme mit Lehrern
- Schwierigkeiten mit Aufmerksamkeit und Konzentration
- Schwierigkeiten beim Erlernen des Rechnens
- Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Schreibens
- Schwierigkeiten mit der Motorik/Feinmotorik
- Schwierigkeiten mit dem Schulbesuch an sich (Kind verweigert sich o.ä.)
- Schwierigkeiten mit den Hausaufgaben: _____
- Nachhilfeunterricht (Fächer): _____

Bitte geben Sie nun einige Informationen zum aktuellen **weiterführenden Schulbesuch** Ihres Kindes an!

- Besuch eines Gymnasiums aktuelle Klasse: ____
- Besuch einer Realschule aktuelle Klasse: ____
- Besuch einer Gesamtschule aktuelle Klasse: ____
- Besuch einer Hauptschule aktuelle Klasse: ____
- Besuch einer Förderschule, Schwerpunkt _____ aktuelle Klasse: ____
- Besuch eines Berufskollegs in _____
- Schulabschluss erreicht am _____
- Schulabschluss angestrebt: _____

- Regelmäßiger Schulbesuch
- Häufiges Schwänzen seit _____
- Verweigerung des Schulbesuchs seit _____
- Wiederholung einer Klasse welche: _____
- Überspringen einer Klasse welche: _____
- Nachhilfeunterricht: _____
- Schulwechsel ab der 5. Klasse: _____
- Lieblingsfächer: _____
- Abgelehnte Fächer: _____
- Berufswunsch: _____

Bitte nur ankreuzen und ausfüllen, wenn sich Ihr Kind bereits in einer **Ausbildung** befindet bzw. die **Schule abgeschlossen** hat:

- Mein Kind befindet sich in einer Ausbildung als _____
- Mein Kind hat eine Arbeitsstelle bei _____
- Mein Kind nimmt weder Ausbildungs- noch Arbeitsangebote wahr
- Mein Kind ist mit seiner Ausbildung/Arbeit zufrieden
- Mein Kind ist bei der Ausbildung/Arbeit zuverlässig und gewissenhaft
- Mein Kind hat Schwierigkeiten bei der Ausbildung/Arbeit
- Mein Kind hat die Ausbildungs-/Arbeitsstelle bereits gewechselt

Freizeitgestaltung

Bitte schildern Sie im Folgenden das **Freizeitverhalten** Ihres Kindes!

- Ich bekomme vom Freizeitverhalten meines Kindes wenig mit
- Das hohe Schulpensum lässt meinem Kind nur wenig Freizeit
- Mein Kind ist gern allein
- Mein Kind trifft sich häufig mit Gleichaltrigen und hat ausreichend Freunde im gleichen Alter
- hat nur wenig Freunde
- Die Freunde meines Kindes kenne ich nicht
- Die Freunde meines Kindes finde ich „ok“
- Mein Kind treibt Sport: _____
- macht Musik: _____
- besucht einen Verein: _____

sonstige Hobbies: _____

- Mein Kind ist viel draußen unterwegs
- Oft weiß ich nicht genau, wo es unterwegs ist
- Ich glaube, dass mein Kind Drogen nimmt
- Mein Kind ist schon mal betrunken nach Hause gekommen
- Mein Kind ist schon mal von zuhause abgehauen
- Es schaut gern fern Stunden/Tag: _____
- Es sitzt oft am PC Stunden/Tag: _____

Wenn Sie noch etwas ergänzen möchten:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!