

THERAPIE MIT JUGENDLICHEN

ELTERNFRAGEBOGEN

Wir wollen gemeinsam die Schwierigkeiten abbauen, die gegenwärtig für Ihren Sohn/Ihre Tochter und Sie selbst vorhanden sind. Dazu ist es notwendig, dass ich in einem ersten Schritt möglichst viele und genaue Informationen nicht nur über aktuelle Probleme, sondern auch über das Leben Ihres Sohnes/Ihrer Tochter bekomme. Diese Informationen brauche ich, um die Probleme zu verstehen und um mit Ihnen gemeinsam Lösungen zu finden. Ich bitte Sie daher, diesen Fragebogen zu Hause möglichst genau auszufüllen, auch wenn es ein bisschen lästig ist. Falls der vorhandene Platz bei einer Frage nicht ausreichen sollte, schreiben Sie bitte auf dem beigefügten Blatt weiter, mit Angabe der Nummer der Frage.

Es ist selbstverständlich, dass alle Informationen absolut vertraulich behandelt werden.

Datum:

1. ALLGEMEINES

1.01 Name Ihres Sohnes/Ihrer Tochter:

geb. am:

Wohnort: ()

Telefon:

Vorname:

Geburtsort:

Straße:

1.02 Eltern

Vater

Vor- und Zuname:

geb. am:

erlernter Beruf:

gegenwärtig ausgeübter Beruf:

Mutter

Vor- und Zuname:

geb. am:

erlernter Beruf:

gegenwärtig ausgeübter Beruf:

1.03 Die Eltern sind

- verheiratet seit: _____
- geschieden seit: _____
- sonstiges: _____
- unverheiratet zusammenlebend seit: _____
- getrennt lebend seit: _____

1.04 Von wem wird der Fragebogen ausgefüllt?

- Vater
- Mutter
- andere Personen, z.B. bei getrennt lebenden oder geschiedenen Eltern der/die neue Lebenspartner/in:

1.05 Haus-/Kinderarzt:

Name:
Anschrift:
Telefon:

Im Weiteren sind mit „Vater“ und „Mutter“ die Hauptbezugspersonen Ihres Sohnes/Ihrer Tochter gemeint. Dies können sowohl die leiblichen Eltern, als auch Stiefvater/Stiefmutter oder der/die neue Lebenspartner/in etc. sein.

1.06 Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter Geschwister hat, machen Sie bitte folgende Angaben:

Alter	Geschlecht	Schulklasse, Ausbildung, Beruf	Wohnort	leibliche, Halb- oder Stiefgeschwister
1.				
2.				
3.				
4.				

1.07 Leben weitere Personen in Ihrem Haushalt?

- ja
 - nein
- Wenn ja, wer?

1.08 Ist Ihr Familieneinkommen ausreichend für die gesamte Familie? (Bitte nur eine Angabe!)

- gar nicht
- kaum
- mittel
- gut
- sehr gut

1.09 Wie sind Ihre Wohnverhältnisse? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wohnung ist eigentlich zu klein | <input type="checkbox"/> Sportplatz in der Nähe |
| <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter hat ein eigenes Zimmer | <input type="checkbox"/> keine Probleme mit Jugendlichen im Wohnumfeld |
| <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter teilt Zimmer mit: _____ | <input type="checkbox"/> Jugendtreff/Freizeitzentrum gut erreichbar |
| <input type="checkbox"/> häufiger Wohnungswechsel | |
| <input type="checkbox"/> anderes, und zwar: | |

1.10 Trifft einer oder mehrere der folgenden Sachverhalte zu?

- | | |
|--|-------------|
| <input type="checkbox"/> leibliche Mutter verstorben | wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> leiblicher Vater verstorben | wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Vater/Mutter chronisch krank oder behindert | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

1.11 Trifft eine oder mehrere der folgenden Angaben auf Ihren Sohn/Ihre Tochter zu?

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Kind wurde adoptiert im Alter von _____ Jahren _____ Monaten | |
| <input type="checkbox"/> Pflegekind | seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Kind war in einem Heim | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

1.12 Welchen Belastungen ist oder war Ihre Familie ausgesetzt?

Ihr Sohn/Ihre Tochter:

Sie selbst:

weitere Familienmitglieder:

- nein, keine Belastungen vorhanden

2. ENTWICKLUNG IHRES SOHNES / IHRER TOCHTER

2.01 Auch wenn Schwangerschaft und Geburt schon länger zurückliegen, kann das Wissen über Schwierigkeiten, die dabei möglicherweise aufgetreten sind, für das Verständnis der gegenwärtigen Probleme hilfreich sein. Ich bitte Sie daher sich zu erinnern, ob es in der Schwangerschaft, bei der Geburt oder direkt danach Schwierigkeiten gab (z.B. schwere Blutungen, Sauerstoffmangel, Zangengeburt).

- ja
- nein
- ich erinnere mich nicht mehr genau
- Wenn ja, welche?

2.02 Gab es Auffälligkeiten oder Schwierigkeiten in der Entwicklung Ihres Sohnes/Ihrer Tochter (z.B. Entwicklungsverzögerungen oder Ausfälle)?

- ja
- nein
- ich erinnere mich nicht mehr genau

Wenn ja, betrafen diese die

- motorische Entwicklung (z.B. Probleme bei Bewegungsabläufen)
- Sauberkeitserziehung (z.B. Einnässen oder Einkoten nach dem 3. Lebensjahr)
- Sprachentwicklung (z.B. Stottern, Lispeln)
- andere Schwierigkeiten, und zwar:

2.03 Kam es wegen einer oder mehrerer dieser Schwierigkeiten zu einer Behandlung?

- ja
- nein

Wenn ja, welche Behandlung (Behandlungen) wurde durchgeführt?

2.04 Welche Krankheiten hat Ihr Sohn/Ihre Tochter bisher gehabt, welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Kam es zu Unfällen oder Krankenhausaufenthalten?

Alter	Krankheit	Operation	Unfall	Krankenhausaufenthalt

- nein, keine

2.05 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter gegenwärtig eine schwerwiegende körperliche Beeinträchtigung (z.B. eine geistige Behinderung, ein Anfallsleiden oder eine massive Hör- oder Sehschwäche)?

- ja nein

Wenn ja, um welche Beeinträchtigung handelt es sich?

Was unternehmen Sie oder Ihr Sohn/Ihre Tochter zur Verbesserung bzw. zur Bewältigung der Symptomatik?

Mit welchem Erfolg?

2.06 Gibt es bezüglich des Gesundheitszustandes von Familienmitgliedern wichtige Informationen (z.B. Allergien, größere Unfälle, Operationen, Suchterkrankungen, psychiatrische oder andere schwere Krankheiten)?

Mutter:

Vater:

weitere Familienmitglieder:

- nein, keine gesundheitlichen Belastungen vorhanden

Zum gegenwärtigen Entwicklungsstand Ihres Sohnes/Ihrer Tochter:

2.07 Die Pubertät

- hat noch nicht begonnen
 hat bereits begonnen
 ist abgeschlossen

2.08 Wenn die Pubertät begonnen hat oder abgeschlossen ist:

für Jungen

der Stimmbruch fand im Alter von _____ statt

der erste Samenerguss fand im Alter von _____ statt

erster Geschlechtsverkehr im Alter von _____

für Mädchen

die erste Monatsblutung fand im Alter von _____ statt

erster Geschlechtsverkehr im Alter von _____

2.09 Zeigt(e) Ihr Sohn/Ihre Tochter während der Pubertät Interesse an sexueller Aufklärung?

- ja nein

Wenn ja, wie zeigt(e) er/sie dieses Interesse? (**Mehrere** Antworten sind möglich.)

- stellt(e) zu Hause Fragen
- liest (las) Bücher dazu
- informiert(e) sich über Jugendmagazine
- tauscht(e) sich mit Gleichaltrigen aus
- verfolgt(e) den Aufklärungsunterricht in der Schule

3. ERZIEHUNG

3.01 Versuchen Sie gegenwärtig, auf Ihren Sohn/Ihre Tochter Einfluss zu nehmen?

- ja nein

Wenn ja, in welchen der folgenden Bereiche? (**Mehrere** Antworten sind möglich!)

- Schullaufbahn
- Freundschaften
- Werte und Überzeugungen
- Konsumverhalten
- anderes, und zwar:
- Berufswahl
- Kleidung, Aussehen
- Freizeitgestaltung
- Partnerwahl

3.02 Falls Sie Ihren Sohn/Ihre Tochter zu beeinflussen versuchen, wie tun Sie das? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- durch Gespräche
- durch Lob
- durch Strafen
- anderes, und zwar:
- durch eigene Lebensgestaltung (Vorbild)
- durch Verbote
- durch Belohnungen

3.03 Gelingt diese Einflussnahme? (Bitte nur eine Angabe!)

- ja nicht immer nein

In welchen Bereichen gelingt die Einflussnahme?

3.04 Gibt es weitere Bezugspersonen, die Einfluss auf Ihren Sohn/Ihre Tochter haben?

- ja nein

Wenn ja, wer hat Einfluss?

- Großeltern andere Verwandte
 Personen außerhalb der Familie ältere Geschwister
 andere, und zwar:

3.05 Wie sehr entspricht der Einfluss dieser Bezugspersonen Ihren Vorstellungen? (Bitte nur eine Angabe!)

- gar nicht kaum mittel ziemlich sehr

3.06 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Vorbilder?

- ja nein

Wenn ja, welche?

3.07 Wie sehr ist Ihr Sohn/Ihre Tochter daran interessiert, mit Ihnen gemeinsam etwas zu tun? (Bitte nur eine Angabe!)

- gar nicht kaum mittel ziemlich sehr

3.08 Wie oft machen Sie etwas gemeinsam mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter? (Bitte nur eine Angabe!)

- fast nie selten gelegentlich oft sehr oft

3.09 Was tun Sie dann meist? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- miteinander reden gemeinsam Spiele spielen oder basteln
 gemeinsam am Computer/im Internet Ausgehen (Kino, Popkonzert, Theater o.Ä.)
 Einkaufen gehen gemeinsam essen
 eine Fahrradtour oder einen Ausflug unternehmen Sport treiben
 anderes, und zwar:

3.10 Gibt es gemeinsame Wochenenden? (Bitte nur eine Angabe!)

- fast nie selten gelegentlich oft sehr oft

3.11 Fahren Sie gemeinsam in den Urlaub? (Bitte nur eine Angabe!)

- fast nie selten gelegentlich oft sehr oft

3.12 Ist jemand anwesend, wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter aus der Schule, der Berufsschule oder von seinem/ihrer Arbeitsplatz nach Hause kommt?

- ja nein

Wenn ja, wer?

- Mutter, Vater, Lebenspartner Geschwister
 andere Ansprechpartner, und zwar:

3.13 Gibt es zu Hause für Ihren Sohn/Ihre Tochter Regeln?

- ja nein

Wenn ja, worauf beziehen sich diese Regeln? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- Schule/Hausaufgaben Essenszeiten
 Ausgehzeiten Mitarbeit im Haushalt
 eigene Sachen in Ordnung halten
 anderes, und zwar:

3.14 Wie sind diese Regeln aufgestellt worden? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- von Ihnen alleine aufgestellt mit dem Sohn/der Tochter gemeinsam überlegt
 mit dem Lebenspartner abgesprochen
 anderes, und zwar:

3.15 Sind diese Regeln aus konkreten Anlässen entstanden?

- ja nein

Wenn ja, welche waren das?

3.16 Wie sorgen Sie für die Einhaltung dieser Regeln? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- die Einhaltung funktioniert „von allein“
 klärendes Gespräch
 Belohnungen bei Einhaltung einer Regel (z.B. Lob, gemeinsame Unternehmung)
 Bestrafung bei Nichteinhalten einer Regel (z.B. Fernsehverbot, Computerverbot, Hausarrest, Taschengeldentzug)
 anderes, und zwar:

3.17 Wie gut gelingt Ihrem Sohn/Ihrer Tochter die Einhaltung dieser Regeln? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr schlecht | schlecht | mittel | gut | sehr gut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.18 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter einen eigenen Fernseher zur Verfügung?

- ja nein

3.19 Wie lange sieht Ihr Sohn/Ihre Tochter jeden Tag fern? (Bitte nur **eine Angabe!)**

- weniger als 1 Stunde 1–2 Stunden mehr als 2 Stunden

3.20 Was sieht sich Ihr Sohn/Ihre Tochter im Fernsehen an?

3.21 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter einen eigenen Computer zur Verfügung?

- ja nein

3.22 Wie oft spielt Ihr Sohn/Ihre Tochter ein Computer- oder Videospiele oder surft im Internet? (Bitte nur **eine Angabe!)**

- jeden Tag 2–3-mal pro Woche 1-mal pro Woche weniger oft gar nicht

3.23 Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter ein Computer- oder Videospiele spielt oder im Internet surft, wie lange tut er/sie das? (Bitte nur **eine Angabe!)**

- weniger als 1 Stunde 1–2 Stunden mehr als 2 Stunden

3.24 Wie viel Taschengeld bekommt Ihr Sohn/Ihre Tochter pro Woche?

3.25 Verdient Ihr Sohn/Ihre Tochter eigenes Geld?

- ja nein

Wenn ja, wie viel?

Wie viel davon muss er/sie zu Hause abgeben?

3.26 Was kauft oder bezahlt er/sie von seinem/ihrem Geld? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- Zeitschriften/Comics Rechnung für Handy
 Kleidung Zigaretten
 Computer- oder Gameboyspiele
 etwas anderes, und zwar:

3.27 Erzählt Ihnen Ihr Sohn/Ihre Tochter, wie es ihm/ihr geht?

- ja nein

Wenn ja, wovon erzählt er/sie? (**Mehrere** Antworten sind möglich!)

- wenn er/sie verliebt ist wenn er/sie sich freut
 wenn er/sie traurig ist wenn er/sie Erfolg hat
 wenn er/sie sich ärgert
 anderes, und zwar:

3.28 Merken Sie sonst, wie Ihr Sohn/Ihre Tochter sich fühlt?

- ja nein

Wenn ja, woran?

3.29 Können Sie die Stimmung Ihres Sohnes/Ihrer Tochter beeinflussen?

- ja nein

Wenn ja, wie?

3.30 Wie zeigen Sie Ihrem Sohn/Ihrer Tochter, dass Sie ihn/sie mögen?

3.31 Gibt es Verhaltensweisen oder Eigenschaften, die Sie an Ihrem Sohn/Ihrer Tochter besonders schätzen?

- ja nein

Wenn ja, welche?

3.32 Gibt es Verhaltensweisen oder Eigenschaften, die Sie an Ihrem Sohn/Ihrer Tochter überhaupt nicht mögen?

- ja nein

Wenn ja, welche?

4. INTERESSEN AUSSERHALB DER SCHULE

4.01 Welche besonderen Neigungen, Stärken und Fähigkeiten hat Ihr Sohn/Ihre Tochter?

4.02 Was tut Ihr Sohn/Ihre Tochter besonders gerne?

4.03 Gegen welche Tätigkeiten hat er/sie eine besondere Abneigung?

4.04 Wie schätzen Sie die Intelligenz Ihres Sohnes/Ihrer Tochter ein? (Bitte nur **eine** Angabe!)

weit unterdurchschnittlich	unter- durchschnittlich	durchschnittlich	über- durchschnittlich	weit überdurchschnittlich
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.05 Was macht Ihr Sohn/Ihre Tochter in seiner/ihrer Freizeit am liebsten?

außerhalb des Elternhauses:

zu Hause:

4.06 Ist Ihr Sohn/Ihre Tochter Mitglied in einem Verein oder einer Jugendgruppe?

ja nein

Wenn ja, was für ein Verein/Gruppe ist dies?

4.07 Sind Sie mit den Freizeitaktivitäten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter einverstanden? (Bitte nur **eine** Angabe!)

gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. UMGANG MIT FAMILIE, FREUNDEN UND BEKANNTEN

5.01 Bitte beschreiben Sie die Beziehung zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Wie kommen zum Beispiel Sie und Ihr Lebenspartner miteinander aus, wie kommen Sie und Ihr Sohn/Ihre Tochter miteinander aus, wie ist die Beziehung zwischen den Geschwistern?

5.02 Wie oft gibt es innerhalb Ihrer Familie zwischen den einzelnen Familienmitgliedern Konflikte?
(Bitte nur eine Angabe!)

fast nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Konflikte da sind, zwischen welchen Familienmitgliedern bestehen diese Konflikte?

5.03 Wie gehen die Beteiligten mit den Konflikten um?

5.04 Gibt es innerhalb der Familie zwischen Ihrem Sohn/Ihrer Tochter und bestimmten Personen eine besondere Zuneigung?

ja nein

Wenn ja, zu wem?

Können Sie Gründe für die Zuneigung benennen?

5.05 Gibt es innerhalb der Familie zwischen Ihrem Sohn/Ihrer Tochter und bestimmten Personen eine besondere Abneigung?

ja nein

Wenn ja, zu wem?

Können Sie Gründe für die Abneigung benennen?

5.06 Wie nimmt Ihr Sohn/Ihre Tochter Kontakt zu Personen auf, die älter sind als er/sie selbst? (Bitte nur eine Angabe!)

sehr schwer	schwer	mittel	leicht	sehr leicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.07 Wie findet Ihr Sohn/Ihre Tochter Kontakt zu anderen Jugendlichen? (Bitte nur eine Angabe!)

sehr schwer	schwer	mittel	leicht	sehr leicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.08 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine feste Freundin/einen festen Freund?

- ja nein

5.09 Falls Ihr Sohn/Ihre Tochter eine feste Freundin/einen festen Freund hat: Mögen Sie die Freundin/den Freund Ihres Sohnes/Ihrer Tochter?

- ja nein

Warum ist dies so?

5.10 Wie viele Freunde/Freundinnen hat Ihr Sohn/Ihre Tochter? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| keinen | einen/eine | 2 oder 3 | viele | sehr viele |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.11 Mögen Sie die Freunde/Freundinnen Ihres Sohnes/Ihrer Tochter?

- ja nein

Warum ist dies so?

5.12 Wie häufig verbringt Ihr Sohn/Ihre Tochter seine Freizeit mit seinen Freunden/ihrer Freundinnen? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| fast nie | selten | gelegentlich | oft | sehr oft |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.13 Wie verhält sich Ihr Sohn/Ihre Tochter in einer Gruppe außerhalb der Schule? (Bitte nur eine Angabe!)

- er/sie gibt in der Regel den Ton an und bestimmt, was gemacht werden soll
- er/sie macht mit, was andere Jugendliche vorschlagen und bringt eigene Ideen mit ein
- er/sie macht meist das, was andere vorschlagen
- er/sie ist ein/eine Außenseiter/in
- anderes, und zwar:
- weiß ich nicht

5.14 Wie verhalten sich andere Jugendliche ihm/ihr gegenüber? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| eher ablehnend | eher gleichgültig | eher freundlich |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5.15 Wo verbringt Ihr Sohn/Ihre Tochter am häufigsten seine Freizeit?

6. SCHULE, AUSBILDUNG

6.01 Um einen Überblick über den bisherigen Schulbesuch Ihres Sohnes/Ihrer Tochter, sowie seinen/ihren eventuell schon begonnenen weiteren Ausbildungsweg zu bekommen, beschreiben Sie diesen bitte in der nachfolgenden Form. (Vervollständigen Sie bitte, wenn notwendig.)

	welche	von	bis	Abschluss (wann?)
Kindergarten				
Grundschule				
Weiterführende Schulen				
Ausbildung, berufsbezogene Schule				
Berufstätigkeit				

6.02 Gegenwärtig besuchte Schule:

Klasse:

6.03 Trifft eine oder mehrere der folgenden Feststellungen auf Ihren Sohn/Ihre Tochter zu?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung | <input type="checkbox"/> fehlt oft in der Schule |
| <input type="checkbox"/> verspätete Einschulung | <input type="checkbox"/> kommt häufig zu spät |
| <input type="checkbox"/> Klasse wiederholt | <input type="checkbox"/> schwänzt häufig |
| <input type="checkbox"/> Klasse übersprungen | <input type="checkbox"/> konnte zeitweise die Schule nicht besuchen |
| <input type="checkbox"/> für den Besuch einer Sonderschule vorgeschlagen | <input type="checkbox"/> hat Angst vor der Schule |
| <input type="checkbox"/> nein, keine | |

**Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter noch zur Schule geht, beantworten Sie bitte die Fragen 6.04 bis 6.25.
Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter eine Lehre oder Ausbildung macht, gehen Sie bitte zu Frage 6.26.**

6.04 Geht Ihr Sohn/Ihre Tochter gerne zur Schule? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | nicht immer | nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn nein, warum nicht?

6.05 Kommt es zu Leistungsschwankungen? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ja | manchmal | nein |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, warum?

6.06 Gibt es wichtige aktuelle Ereignisse, wie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> häufiger Lehrerwechsel | <input type="checkbox"/> Abschlussprüfung |
| <input type="checkbox"/> Probezeit | <input type="checkbox"/> Vorbereitung auf eine Abschlussprüfung |
| <input type="checkbox"/> Probeunterricht | <input type="checkbox"/> Zurückstufung |
| <input type="checkbox"/> Betriebspraktikum | |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> nein, keine | |

6.07 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter besondere schulische Interessen?

- ja nein

Wenn ja, welche? Geben Sie bitte die Fächer, Kurse oder Arbeitsgruppen an!

6.08 Wie verträgt sich Ihr Sohn/Ihre Tochter mit seinen/ihren Mitschülern und Mitschülerinnen?
(Bitte nur **eine** Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| sehr schlecht | schlecht | mittel | gut | sehr gut |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6.09 Gibt es Lehrer und Lehrerinnen, die Ihr Sohn/Ihre Tochter besonders gerne mag?

- ja nein

Wenn ja, welche? Kennen Sie die Gründe?

6.10 Gibt es Lehrer und Lehrerinnen, die Ihr Sohn/Ihre Tochter nicht mag?

- ja nein

Wenn ja, welche sind das und warum mag er/sie diese Lehrer nicht?

6.11 Reagiert Ihr Sohn/Ihre Tochter erkennbar auf schlechte Noten?

- ja nein

Wie ist gegebenenfalls seine Reaktion?

6.12 Reagiert Ihr Sohn/Ihre Tochter erkennbar auf gute Noten?

- ja nein

Wie ist gegebenenfalls seine Reaktion?

6.13 Reagieren Sie selbst auf schlechte Noten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter?

- ja nein

Wenn ja, wie reagieren Sie?

6.14 Reagieren Sie selbst auf gute Noten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter?

- ja nein

Wenn ja, wie reagieren Sie?

6.15 Gibt es etwas, was die Schule an den Leistungen Ihres Sohnes/Ihrer Tochter besonders beanstandet?

- ja nein

Wenn ja, was?

6.16 Wurde in Bezug auf diese Leistungsschwierigkeiten eine Diagnose gestellt?

- ja nein

Wenn ja, welche der nachfolgenden Diagnosen wurde gestellt?

- Lese- und Rechtschreibstörung
 Rechtschreibstörung ohne Lesestörung
 Rechenstörung

6.17 Nimmt Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Schule regelmäßig an Förderunterricht teil?

- ja nein

Wenn ja, in welchem Fach?

6.18 Erhält Ihr Sohn/Ihre Tochter außerhalb der Schule regelmäßig Nachhilfe?

- ja nein

Wenn ja, in welchem Fach?

6.19 Zeigt Ihr Sohn/Ihre Tochter auffälliges Verhalten in der Schule?

- ja nein

Wenn ja, welche Auffälligkeiten sind das?

6.20 Zu den Hausaufgaben

Wo macht Ihr Sohn/Ihre Tochter seine Hausaufgaben?

Wann erledigt er/sie die Hausaufgaben?

Wie lange dauert das im Allgemeinen?

6.21 „Vergisst“ Ihr Sohn/Ihre Tochter häufiger seine/ihre Hausaufgaben oder verschweigt, dass er/sie welche machen muss?

- ja nein

Wenn ja, warum?

6.22 Wie macht Ihr Sohn/Ihre Tochter seine/ihre Hausaufgaben? (Mehrere Antworten sind möglich!)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> unaufgefordert | <input type="checkbox"/> muss erst dazu aufgefordert werden |
| <input type="checkbox"/> arbeitet zügig | <input type="checkbox"/> trödelt dabei |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig | <input type="checkbox"/> verweigert |
| <input type="checkbox"/> unordentlich | |
| <input type="checkbox"/> anderes, und zwar: | |

6.23 Werden die Hausaufgaben zu Hause regelmäßig kontrolliert?

- ja nein

6.24 Welchen Schulabschluss streben Sie für Ihren Sohn/Ihre Tochter an?

6.25 Wann haben Sie sich das letzte Mal mit dem Klassenlehrer/der Klassenlehrerin Ihres Sohnes/Ihrer Tochter unterhalten? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| vor mehr als 1 Jahr | vor etwa 1 Jahr | vor etwa ½ Jahr | vor 1–2 Monaten | erst vor kurzem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter eine Lehre oder Ausbildung macht, beantworten Sie bitte die Fragen 6.26 bis 6.32.

6.26 Interessiert Ihren Sohn/Ihre Tochter die Ausbildung?

- ja nein

Wenn nein, warum nicht?

6.27 Entspricht diese Ausbildung dem Berufswunsch Ihres Sohnes/Ihrer Tochter?

- ja nein

Wenn nein, warum nicht?

6.28 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter konkrete Berufsziele?

- ja nein

Wenn ja, welche?

6.29 Entspricht diese Ausbildung dem Beruf, den Sie sich für Ihren Sohn/Ihre Tochter wünschen?

- ja nein

Wenn nein, warum nicht?

6.30 Gibt es Schwierigkeiten bei der Ausbildung (z.B. Leistungsschwierigkeiten, Konflikte am Ausbildungsplatz)?

ja nein

Wenn ja, welche?

6.31 Macht Ihrem Sohn/Ihrer Tochter die Berufsschule Spaß?

ja nein

Wenn nein, warum nicht?

6.32 Gibt es Schwierigkeiten mit der Berufsschule (z.B. Konflikte mit den Lehrern, Leistungsschwierigkeiten o.Ä.)?

ja nein

Wenn ja, welche?

7. AUFFÄLLIGES VERHALTEN

7.01 Bitte beschreiben Sie so genau und ausführlich wie möglich, warum Sie mit Ihrem Sohn/Ihrer Tochter eine Beratung aufsuchen. (Beschreiben Sie dabei bitte möglichst genau das Verhalten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter.)

7.02 Wie beschreibt Ihr Sohn/Ihre Tochter diese Schwierigkeiten?

7.03 Für wie schwerwiegend halten andere, z.B. Verwandte oder Lehrer, die Probleme Ihres Sohnes/Ihrer Tochter? (Bitte nur eine Angabe!)

fast gar nicht	kaum	mittel	ziemlich	sehr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.04 Wer hält es für notwendig, dass Ihr Sohn/Ihre Tochter eine Therapie macht?

er/sie selbst Vater
 die Schule Mutter
 andere, und zwar:

7.05 Wie haben Sie bisher innerhalb der Familie versucht, diese Probleme zu lösen?

7.06 Haben Sie sich bereits an Personen außerhalb der Familie um Hilfe gewandt?

- ja nein

Wenn ja, an wen?

- an Ihren Hausarzt an eine Klinik
 an einen Facharzt an eine Beratungsstelle
 an den schulpsychologischen Dienst
 an andere, und zwar:

7.07 Wurde dort eine Diagnose gestellt?

- ja nein

Wenn ja, welche?

7.08 Wurden Maßnahmen empfohlen?

- ja nein

Wenn ja, welche?

7.09 Gibt es jemanden in Ihrer engeren oder weiteren Familie, der ähnliche Probleme wie Ihr Sohn/Ihre Tochter hat?

- ja nein

Wenn ja, wer hat diese Probleme?

Welche Probleme sind dies?

7.10 Wie belastend sind die Probleme Ihres Sohnes/Ihrer Tochter für Sie? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| fast gar nicht | kaum | mittel | ziemlich | sehr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.11 Wie belastend sind diese Probleme für Ihren Sohn/Ihre Tochter? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| fast gar nicht | kaum | mittel | ziemlich | sehr |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.12 Wann sind die Probleme Ihres Sohnes/Ihrer Tochter zum ersten Mal aufgetreten? (Bitte nur eine Angabe!)

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| vor mehr als 1 Jahr | vor etwa 1 Jahr | vor etwa ½ Jahr | vor 1–2 Monaten | erst vor kurzem |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.13 Gibt es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten der Probleme zusammenfielen?

ja nein

Wenn ja, welche Ereignisse waren das?

7.14 Wie häufig treten die Probleme gegenwärtig auf? (Bitte nur eine Angabe!)

fast nie	selten	gelegentlich	oft	sehr oft
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.15 Gibt es bestimmte Situationen, in denen die gegenwärtigen Probleme hauptsächlich auftreten?

ja nein

Wenn ja, in welchen?

7.16 Gibt es direkten Folgen?

ja nein

Wenn ja, welche?

7.17 Gibt es Situationen, in denen die Probleme überhaupt nicht auftreten?

ja nein

Wenn ja, in welchen?

7.18 Gibt es konkrete Ziele, die mit Hilfe der Therapie erreicht werden sollen?

ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte diese Ziele.

7.19 Was würde sich in Ihrer Familie verändern, wenn Ihr Sohn/Ihre Tochter keine Probleme mehr hätte?

Positive Veränderungen:

Negative Veränderungen:

Im Folgenden bitte ich Sie, möglichst genaue Angaben zum Verhalten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter zu machen.

7.20 Reagiert Ihr Sohn/Ihre Tochter oft überhaupt nicht, wenn andere mit ihm/ihr Kontakt aufnehmen wollen?

- ja nein

Wenn ja, ist dies immer so oder nur in bestimmten Situationen?

7.21 Kann Ihr Sohn/Ihre Tochter die Veränderung gewohnter Abläufe nur sehr schlecht ertragen?

- ja nein

Wenn ja, um welche Abläufe handelt es sich meist?

7.22 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten?

- kann oft nicht warten, bis er/sie an der Reihe ist
- unterbricht oft, wenn jemand anderer redet
- hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren
- ist ständig in Bewegung
- ist leicht ablenkbar
- hat Schwierigkeiten, Gelerntes anzuwenden
- langweilt sich leicht
- hat Schwierigkeiten, längere Zeit aufmerksam zu sein
- träumt oft vor sich hin
- verliert oder vergisst oft etwas
- kaut an den Nägeln
- lutscht am Daumen
- andere, und zwar:
- nein, trifft nicht zu

7.23 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter ein oder mehrere der nachfolgenden Probleme?

- lügt, um Vorteile zu erhalten (z.B. um einer Bestrafung zu entgehen oder eine Belohnung zu erhalten)
- hat schon einmal etwas gestohlen
- prügelt sich häufig
- ist oft ungehorsam
- hat nicht kontrollierbare Wutausbrüche
- quält Tiere
- streitet mit Erwachsenen
- tut absichtlich Dinge, die andere verärgern
- andere, und zwar:
- nein, trifft nicht zu

7.24 Zeigt Ihr Sohn/Ihre Tochter folgende Verhaltensweisen, ohne diese zu beabsichtigen?

- ruckartige Bewegungen (z.B. Blinzeln, Kopfwerfen oder Schulterzucken)
- Wiederholung bestimmter komplexer Bewegungsabläufe
- Ausstoßen von Lauten (z.B. Räuspern oder Bellen oder immer wiederkehrende Worte)
- nein, trifft nicht zu

7.25 Macht Ihr Sohn/Ihre Tochter wiederholt in die Hose oder in das Bett?

am Tag

- absichtlich
- unabsichtlich
- nein, trifft nicht zu

in der Nacht

- absichtlich
- unabsichtlich

7.26 Kommt es zu unabsichtlichem oder absichtlichem Einkoten in die Kleidung oder an Plätzen, die dafür nicht vorgesehen sind (z.B. den Fußboden)?

- unabsichtlich
- absichtlich
- nein, trifft nicht zu

7.27 Stottert oder stammelt Ihr Sohn/Ihre Tochter manchmal?

- ja
- nein

Wenn ja, in oder nach welchen Situationen geschieht dies häufig?

7.28 Haben Sie bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter schon einmal Stimmungsschwankungen beobachtet, die über ein normales Maß hinausgegangen sind?

- ja
- nein

7.29 Gab es eine längere Zeit (z.B. zwei Wochen) in der Sie bei Ihrem Sohn/Ihrer Tochter eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten beobachtet haben?

- gedrückte Stimmung
- Verlust von Interessen
- Hoffnungslosigkeit
- Selbstvorwürfe, Schuldgefühle
- kein Interesse am Kontakt mit Gleichaltrigen
- andere, und zwar:
- nein, trifft nicht zu
- Reizbarkeit
- anhaltende Müdigkeit
- Antriebslosigkeit
- anhaltende Langeweile
- vermindertes Selbstvertrauen

7.30 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter schon einmal den Wunsch geäußert, nicht mehr leben zu wollen?

- ja
- nein

Wenn ja, kennen Sie die Ursachen oder haben Sie Vermutungen darüber?

7.31 Hat er/sie jemals einen Selbstmordversuch unternommen?

- ja nein

Wenn ja, auf welche Weise?

7.32 Gab es eine längere Zeit (z.B. zwei Wochen), in der Ihr Sohn/Ihre Tochter extrem gut oder hochgestimmt war? Was konnten Sie in dieser Zeit beobachten?

- gehobene Stimmung geringeres Schlafbedürfnis
 gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit erhöhte Leistungsfähigkeit
 auffallendes Wohlbefinden gesteigerte Gesprächigkeit, Geselligkeit
 andere, und zwar:
 nein, trifft nicht zu

7.33 Gibt es Orte bzw. Situationen, vor oder in denen Ihr Sohn/Ihre Tochter besonders große Angst hat, wie

- enge, geschlossene Räume Menschenmengen
 offene Plätze Höhe (Balkon, Hochhaus etc.)
 Bus, U-Bahn fahren
 andere, und zwar:
 nein, trifft nicht zu

7.34 Versucht Ihr Sohn/Ihre Tochter Situationen zu vermeiden, in denen er/sie mit Personen außerhalb der Familie zu tun hat, wie

- Sprechen vor einer Gruppe Feiern/Partys
 Gespräch mit einem/einer Lehrer/in Verabredungen/Dates
oder Vorgesetzten sportliche Aktivitäten
 Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit
 andere, und zwar:
 nein, trifft nicht zu

7.35 Gibt es konkrete Dinge oder bestimmte Umstände, vor denen Ihr Sohn/Ihre Tochter große Angst hat, wie z.B.

- Blut, Verletzungen Tiere (z.B. Spinnen, Hunde)
 Spritzen Dunkelheit
 Krankheiten bestimmte Speisen
 Besuch beim Zahnarzt Donner, Blitz, Stürme
 andere, und zwar:
 nein, trifft nicht zu

7.36 Gab oder gibt es Situationen, in denen Ihr Sohn/Ihre Tochter völlig unerwartet und überraschend Anfälle intensiver Angst hat?

- ja nein

Wenn ja, wann ist dies der Fall?

7.37 Macht sich Ihr Sohn/Ihre Tochter aus einem oder mehreren der folgenden Gründe sehr große Sorgen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> selbst zu verunglücken | <input type="checkbox"/> Unfall eines/einer Angehörigen |
| <input type="checkbox"/> Naturkatastrophen | <input type="checkbox"/> Umweltzerstörung |
| <input type="checkbox"/> eigene Zukunft | <input type="checkbox"/> Zukunft der Familie |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

7.38 Führt Ihr Sohn/Ihre Tochter manchmal bestimmte Handlungen immer und immer wieder durch, wie

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Türen kontrollieren | <input type="checkbox"/> Dinge zählen |
| <input type="checkbox"/> Sauberkeit kontrollieren | <input type="checkbox"/> Geräte/Licht kontrollieren |
| <input type="checkbox"/> sich immer wieder waschen | <input type="checkbox"/> wichtige Dinge kontrollieren (z.B. Schulsachen) |
| <input type="checkbox"/> Wege wiederholen/absuchen | |
| <input type="checkbox"/> Ordnung herstellen | |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

7.39 Berichtet Ihr Sohn/Ihre Tochter über immer die gleichen Gedanken, die er/sie gar nicht haben möchte, wie

- etwas Wichtiges verloren zu haben
- jemanden verletzen oder töten zu wollen
- etwas öffentlich zu sagen, was er/sie nicht aussprechen möchte
- an einer (möglicherweise eintretenden) Katastrophe schuld zu sein
- andere, und zwar:
- nein, trifft nicht zu

7.40 Gab oder gibt es eine belastende Situation, die Ihr Sohn/Ihre Tochter erlebt hat, wie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autounfall | <input type="checkbox"/> sexuelle Belästigung |
| <input type="checkbox"/> Gewalterfahrung | <input type="checkbox"/> Tod einer Person |
| <input type="checkbox"/> Ungewissheit über Leben oder Tod einer Person | <input type="checkbox"/> Naturkatastrophe |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

7.41 Sieht, hört oder fühlt Ihr Sohn/Ihre Tochter manchmal Dinge, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind?

- ja nein

Wenn ja, was sieht, hört oder fühlt er/sie?

7.42 Hat sich Ihr Sohn/Ihre Tochter in der Vergangenheit Verletzungen zugefügt oder fügt er/sie sich gegenwärtig Verletzungen zu?

- ja nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte genauer!

7.43 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schmerzen oder andere körperliche Symptome, für die nicht ausschließlich eine körperliche Ursache festgestellt werden konnte, wie z.B.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Schwindelgefühl | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar: | |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu | |

7.44 Befürchtet Ihr Sohn/Ihre Tochter oder hat er/sie schon einmal befürchtet, an einer schweren Krankheit zu leiden?

- ja nein

Wenn ja, wann war das und was befürchtet Ihr Sohn/Ihre Tochter?

7.45 Konsumiert Ihr Sohn/Ihre Tochter Alkohol oder Drogen?

- ja nein

Wenn ja, welche?

7.46 Was trifft bezüglich Körpergewicht und Essverhalten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter zu?

- Gewichtsverlust
- Gewichtsschwankungen
- findet sich zu dick oder hat Angst davor, zu dick zu werden
- Heißhungerphasen oder Essanfälle, in denen er/sie in kurzer Zeit sehr viel isst
- Vermeidung von Speisen mit vielen Kalorien
- absichtlich herbeigeführtes Erbrechen
- Verwendung von Abführmitteln
- Appetitverlust
- Diät wurde oder wird durchgeführt
- anderes, und zwar:
- nein, trifft nicht zu

7.47 Sind Sie der Meinung, dass Ihr Sohn/Ihre Tochter zu viel oder zu wenig wiegt?

- ja nein

7.48 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter Schlafschwierigkeiten?

- ja nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte an, welche Schwierigkeiten auftreten. Ergänzen Sie, wenn notwendig.

- einzuschlafen
 durchzuschlafen
 tagsüber wach zu bleiben
 einen Wach-Schlaf-Rhythmus einzuhalten, der dem anderer Leute entspricht
 sonstiges:

7.49 Hat Ihr Sohn/Ihre Tochter nachts eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten?

- Aufwachen wegen großer Angst
 Aufstehen und Herumgehen, ohne dabei wach zu sein
 Träume, die mit großer Angst verbunden sind
 andere, und zwar:

 nein, keine

7.50 Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch. Gibt es weitere Informationen, die noch nicht erfasst wurden, die aber für die Therapie wichtig sein könnten?

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit der Beantwortung dieses Fragebogens gemacht haben!