

# **THERAPIE MIT KINDERN**

## **ELTERNFRAGEBOGEN**

Wir wollen gemeinsam Lösungen für die Schwierigkeiten finden, die gegenwärtig für Ihr Kind und Sie 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 Kindes bekomme. Diese Informationen brauche ich, um die vorhandenen Probleme zu verstehen. 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 beigelegten 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 Kindes:**

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 Kindes gemeint. Dies können sowohl die leiblichen Eltern als auch Stiefvater/Stiefmutter oder der/die neue Lebenspartner/in etc. sein.**

**1.06 Wenn Ihr Kind 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"/> Spielplatz in der Nähe                                      |
| <input type="checkbox"/> Kind hat ein eigenes Zimmer     | <input type="checkbox"/> Kind kann gefahrlos alleine draußen spielen                 |
| <input type="checkbox"/> Kind teilt Zimmer mit: _____    | <input type="checkbox"/> viele Kinder im Wohnumfeld, mit denen Ihr Kind spielen kann |
| <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 Ihr Kind 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 Kind:

Sie selbst:

weitere Familienmitglieder:

- nein, keine Belastungen vorhanden

## **2. ENTWICKLUNG IHRES KINDES**

**2.01 Bitte beschreiben Sie im Folgenden kurz Ihre Einstellung zur Schwangerschaft (z.B. Gedanken an eine Abtreibung, Wunschkind, etc.).**

**2.02 Wie war der Verlauf der Schwangerschaft?**

- unproblematisch
- problematisch

Falls während der Schwangerschaft Probleme oder Komplikationen bei Mutter und Kind auftraten, welche waren dies (z.B. vorzeitige Wehen, Blutungen, drohende Fehlgeburt, hoher Blutdruck, Schwangerschaftsvergiftung)?

**2.03 Wie verlief die Geburt?**

- termingerecht
- Frühgeburt (mehr als 2 Wochen vor Geburtstermin)
- Spätgeburt (mehr als 2 Wochen nach Geburtstermin)

**2.04 Gab es bei der Geburt Komplikationen bzw. Auffälligkeiten?**

- ja
- nein

Wenn Komplikationen auftraten, welche waren das (z.B. verlängerte Wehentätigkeit, Geburt eingeleitet, Zangen- oder Saugglockengeburt, Kaiserschnitt, Nabelschnur um den Hals, grünes Fruchtwasser, Knoten in der Nabelschnur usw.)?

**2.05 Geburtsgewicht:**

**Größe:**

**Kopfumfang:**

**2.06 Ärztliche Beurteilung des Neugeborenen (APGAR-Punktezahl der ersten Neugeborenenuntersuchung U1):**

**2.07 Besonderheiten der Neugeborenenzeit (z.B. Gelbsucht, Trinkschwäche, Krankenhausaufenthalte):**

**2.08 Informationen über kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen (U2 – U9). Bitte bringen Sie das nächste Mal das gelbe Untersuchungsheft mit!**

**2.09 Wurde das Kind gestillt?**

ja  nein

Wenn ja, wie lange? Wenn nein, warum nicht?

**2.10 Verliefe die motorische Entwicklung ohne Schwierigkeiten?**

ja  nein

Wenn nein, zu welchen Schwierigkeiten kam es?

**2.11 Falls Schwierigkeiten in der motorischen Entwicklung auftraten, wurde eine oder mehrere der angeführten Behandlungen durchgeführt?**

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Frühförderung
- andere Behandlung, und zwar:

**2.12 Wurde eine Sauberkeitserziehung durchgeführt?**

ja  nein

Wenn ja, wann wurde damit begonnen?

**2.13 Wann war Ihr Kind sauber?**

tagsüber: nachts:

**2.14 Wann war es trocken?**

tagsüber: nachts:

**2.15 Verliefe die Sprachentwicklung ohne Schwierigkeiten?**

ja  nein

Wenn nein, zu welchen Schwierigkeiten kam es?

**2.16 Falls Schwierigkeiten in der Sprachentwicklung auftraten, wurde oder wird deswegen eine logopädische Behandlung durchgeführt?**

ja  nein

Wenn ja, in welchem Alter war das?

**2.17 Welche Krankheiten hat Ihr Kind bisher gehabt, welche Operationen wurden bisher durchgeführt? Kam es zu Unfällen oder Krankenhausaufenthalten?**

Alter	Krankheit	Operation	Unfall	Krankenhausaufenthalt

nein, keine

**2.18 Hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Einschränkungen?**

- Anfallsleiden, Krämpfe                      seit: \_\_\_\_\_
- erhebliche Sehschwäche                      seit: \_\_\_\_\_
- Hörschaden                                      seit: \_\_\_\_\_
- körperliche Behinderung                      seit: \_\_\_\_\_
- geistige Behinderung                          seit: \_\_\_\_\_
- körperliche Ungeschicklichkeit              seit: \_\_\_\_\_
- andere Schwierigkeiten                      seit: \_\_\_\_\_

Wenn eine oder mehrere der genannten Einschränkungen vorhanden sind, welche Maßnahmen führen Sie oder Ihr Kind zur Verbesserung bzw. zur Bewältigung der Symptomatik durch?

Mit welchem Erfolg?

nein, keine Einschränkungen

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

Mutter:

Vater:

andere Familienmitglieder:

nein, keine gesundheitlichen Belastungen vorhanden

**2.20 Wann hat die Pubertät begonnen?**

- bei Mädchen:                      erste Monatsblutung            im Alter von \_\_\_\_\_
- bei Jungen:                        Stimmbruch                        im Alter von \_\_\_\_\_
- erster Samenerguss            im Alter von \_\_\_\_\_
  
- er/sie befindet sich noch nicht in der Pubertät

**3. ERZIEHUNG**

**3.01 Von wem wird Ihr Kind vorwiegend erzogen?**

**3.02 Versuchen Sie, konkrete Erziehungsziele zu verfolgen?**

- ja     nein

Wenn ja, welche?

**3.03 Üben weitere Personen einen Einfluss auf die Erziehung aus?**

- ja     nein

Wenn ja, wer hat Einfluss?

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

**3.04 Stimmen Sie mit diesen Personen bezüglich der Erziehung überein? (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"/> |

**3.05 Wie oft machen Sie etwas gemeinsam mit Ihrem Kind? (Bitte nur **eine** Angabe!)**

*während der Woche*

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

*am Wochenende*

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

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

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

**3.07 Ist jemand anwesend, wenn Ihr Kind aus der Schule nach Hause kommt?**

- ja  nein

Wenn ja, wer?

- Mutter, Vater  Geschwister  
 andere Ansprechpartner, und zwar:

**3.08 Welche Regeln gelten für Ihr Kind in folgenden Bereichen?**

Essen/Essenszeiten:

Hausaufgaben:

zu Bett gehen:

eigene Sachen in Ordnung halten:

**3.09 Welche anderen Regeln und Pflichten muss Ihr Kind einhalten (z.B. Beteiligung an Arbeiten im Haushalt)?**

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> von Ihnen alleine aufgestellt      | <input type="checkbox"/> mit Ihrem Kind gemeinsam überlegt |
| <input type="checkbox"/> mit dem Lebenspartner abgesprochen |  |
| <input type="checkbox"/> anderes, und zwar:                 |  |

**3.11 Sind diese Regeln aus konkreten Anlässen entstanden?**

- ja  nein

Wenn ja, welche waren das?



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

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

**3.13 Wie gut gelingt Ihrem Kind 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"/> |

**3.14 Hat Ihr Kind einen eigenen Fernseher in seinem Zimmer?**

- ja  nein

**3.15 Wie lange sieht Ihr Kind jeden Tag fern? (Bitte nur eine Angabe!)**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| weniger als 1 Stunde     | 1–2 Stunden              | mehr als 2 Stunden       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3.16 Was sieht sich Ihr Kind im Fernsehen an?**

**3.17 Hat Ihr Kind einen eigenen Computer zur Verfügung?**

- ja  nein

**3.18 Wie oft spielt Ihr Kind 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                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3.19 Wenn Ihr Kind ein Computer- oder Videospiele spielt oder im Internet surft, wie lange tut es dies? (Bitte nur eine Angabe!)**

- |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| weniger als 1 Stunde     | 1–2 Stunden              | mehr als 2 Stunden       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**3.20 Wie viel Taschengeld bekommt Ihr Kind pro Woche?**

Was kauft es davon?

**3.21 Wie belohnen Sie Ihr Kind?**

Mutter:

Vater:

**3.22 Wie bestrafen Sie Ihr Kind?**

Mutter:

Vater:

**3.23 Wie zeigen Sie Ihrem Kind, dass Sie es mögen?**

Mutter:

Vater:

**3.24 Wie zeigt Ihr Kind Gefühle?**

gegenüber der Mutter:

gegenüber dem Vater:

**3.25 Was tun Sie, wenn Ihr Kind weint?**

Mutter:

Vater:

**3.26 Gibt es Verhalten oder Eigenschaften, die Sie an Ihrem Kind besonders schätzen?**

ja  nein

Wenn ja, welche?

**3.27 Gibt es Verhalten oder Eigenschaften, die Sie an Ihrem Kind überhaupt nicht mögen?**

ja  nein

Wenn ja, welche?

#### 4. INTERESSEN AUSSERHALB DER SCHULE

##### 4.01 Hat Ihr Kind besondere Neigungen, Stärken und Fähigkeiten?

ja  nein

Wenn ja, welche?

##### 4.02 Gibt es Tätigkeiten, die Ihr Kind besonders gerne macht?

ja  nein

Wenn ja, welche?

##### 4.03 Gibt es Tätigkeiten, gegen die Ihr Kind eine besondere Abneigung hat?

ja  nein

Wenn ja, gegen welche?

##### 4.04 Wie schätzen Sie die Intelligenz Ihres Kindes 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 Kind in seiner Freizeit am liebsten?

außerhalb des Elternhauses:

zu Hause:

##### 4.06 Ist Ihr Kind 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 Kindes einverstanden? (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"/>

## 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 zurecht oder Sie und Ihr Kind/Ihre Kinder oder die Geschwister untereinander?**

**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 es Konflikte gibt, 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 Kind 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 Kind und bestimmten Personen eine besondere Abneigung?**

ja  nein

Wenn ja, zu wem?

Können Sie Gründe für die Abneigung benennen?

**5.06 Wie nimmt Ihr Kind Kontakt zu Erwachsenen auf?** (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 Kind Kontakt zu anderen Kindern?** (Bitte nur **eine** Angabe!)

sehr schwer      schwer      mittel      leicht      sehr leicht  
                                                                                       

**5.08 Wie viele Freunde oder Freundinnen hat Ihr Kind?** (Bitte nur **eine** Angabe!)

keinen      einen/eine      2 oder 3      viele      sehr viele  
                                                                                       

**5.09 Mögen Sie die Freunde/Freundinnen Ihres Kindes?**

ja                                       nein

Warum ist dies so?

**5.10 Wie häufig verbringt Ihr Kind seine Freizeit mit seinen Freunden und Freundinnen?** (Bitte nur **eine** Angabe!)

fast nie      selten      gelegentlich      oft      sehr oft  
                                                                                       

**5.11 Wie verhält sich Ihr Kind in einer Gruppe außerhalb der Schule?** (Bitte nur **eine** Angabe!)

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

**5.12 Wie verhalten sich andere Kinder ihm gegenüber?** (Bitte nur **eine** Angabe!)

eher ablehnend                                      eher gleichgültig                                      eher freundlich  
       

**5.13 Wo spielt Ihr Kind am häufigsten?**

## 6. KINDERGARTEN, SCHULE

### 6.01 Geht/ging Ihr Kind in den Kindergarten?

- ja, ganztags                       nein  
 ja, halbtags

Warum ist dies so?

### 6.02 Wenn Ihr Kind einen Kindergarten besucht(e), wie ist oder war dort sein Verhalten?

- ohne Probleme  
 es gibt/gab Schwierigkeiten

Welche Schwierigkeiten sind/waren das?

**Wenn Ihr Kind bereits zur Schule geht, beantworten Sie bitte die Fragen 6.03 bis 6.28.**

### 6.03 In welche Schule und in welche Klasse geht Ihr Kind gegenwärtig?

### 6.04 Ist Ihr Kind

- zeitgerecht  
 vorzeitig  
 verspätet

eingeschult worden?

### 6.05 Treffen eine oder mehrere der folgenden Feststellungen auf Ihr Kind zu?

- Klasse(n) wiederholt                       Klasse(n) übersprungen  
 Besuch einer Sonderschule wurde vorgeschlagen  
 nein, keine

### 6.06 Welchen Schulabschluss streben Sie für Ihr Kind an?

### 6.07 Treffen eine oder mehrere der folgenden Feststellungen auf Ihr Kind zu?

- schwänzt häufig die Schule                       fehlt oft in der Schule  
 konnte zeitweise die Schule nicht besuchen                       kommt häufig zu spät  
 hat Angst vor der Schule  
 anderes, und zwar:  
 nein, keine

**6.08 Geht Ihr Kind gerne zur Schule?**

- ja  nein

Wenn nein, warum nicht?

**6.09 Kommt es zu Leistungsschwankungen?**

- ja  nein

Wenn ja, warum?

**6.10 Gibt es wichtige aktuelle Ereignisse wie**

- häufiger Lehrerwechsel
- Probezeit
- Probeunterricht
- andere, und zwar:

**6.11 Hat Ihr Kind besondere schulische Interessen?**

- ja  nein

Wenn ja, welche?

**6.12 Wie verträgt ihr Kind sich mit seinen 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"/> |

**6.13 Gibt es Lehrer und Lehrerinnen, die Ihr Kind besonders gerne mag?**

- ja  nein

Wenn ja, welche? Kennen Sie die Gründe?

**6.14 Gibt es Lehrer und Lehrerinnen, die Ihr Kind nicht mag?**

- ja  nein

Wenn ja, welche sind das und warum mag es diese Lehrer nicht?

**6.15 Reagiert Ihr Kind erkennbar auf schlechte Noten?**

- ja  nein

Wie ist gegebenenfalls seine Reaktion?

**6.16 Reagiert Ihr Kind erkennbar auf gute Noten?**

- ja  nein

Wie ist gegebenenfalls seine Reaktion?

**6.17 Reagieren Sie selbst auf schlechte Noten Ihres Kindes?**

- ja  nein

Wenn ja, wie reagieren Sie?

**6.18 Reagieren Sie selbst auf gute Noten Ihres Kindes?**

- ja  nein

Wenn ja, wie reagieren Sie?

**6.19 Gibt es etwas, was die Schule an den Leistungen Ihres Kindes besonders beanstandet?**

- ja  nein

Wenn ja, was wird beanstandet?

- Probleme beim Lesen/Lesenlernen  
 Probleme beim Schreiben/Schreibenlernen/Rechtschreibung  
 Probleme beim Rechnen/Erlernen des Rechnens mit den Grundrechenarten

**6.20 Wurde diesbezüglich bereits eine Diagnose gestellt?**

- ja  nein

Wenn ja, welche der nachfolgenden Diagnosen wurde gestellt?

- Lese- und Rechtschreibstörung  
 Rechtschreibstörung ohne Lesestörung  
 Rechenstörung

**6.21 Nimmt Ihr Kind in der Schule regelmäßig an Förderunterricht teil?**

- ja  nein

Wenn ja, in welchem Fach?

**6.22 Erhält Ihr Kind außerhalb der Schule Nachhilfe?**

- ja  nein

Wenn ja, in welchem Fach?

**6.23 Zeigt Ihr Kind auffälliges Verhalten in der Schule?**

- ja  nein

Wenn ja, welche Auffälligkeiten sind das?



## 6.24 Zu den Hausaufgaben

Wo macht Ihr Kind seine Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

Wann erledigt es die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

Wie lange dauert das im Allgemeinen? \_\_\_\_\_

## 6.25 „Vergisst“ Ihr Kind häufiger seine Hausaufgaben oder verschweigt, dass es welche machen muss?

ja  nein

Wenn ja, warum?

## 6.26 Wie macht Ihr Kind seine 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"/> anderes, und zwar:  |   |

## 6.27 Werden die Hausaufgaben zu Hause regelmäßig kontrolliert?

ja  nein

## 6.28 Wann haben Sie sich das letzte Mal mit dem Klassenlehrer Ihres Kindes 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"/>

## 7. AUFFÄLLIGES VERHALTEN

### 7.01 Bitte beschreiben Sie so genau und ausführlich wie möglich, weswegen Sie mit Ihrem Kind eine Beratung aufsuchen. (Beschreiben Sie dabei bitte insbesondere das Verhalten des Kindes.)

### 7.02 Wie beschreibt Ihr Kind seine Schwierigkeiten (falls es welche sieht)?

### 7.03 Für wie schwerwiegend halten andere, z.B. Großeltern, Kindergärtnerin oder Lehrer/in, die vorhandenen Probleme? (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 Kind eine Therapie macht?**

- es selbst  
 die Schule  
 andere, und zwar:
- Vater  
 Mutter

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

**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 oder die ähnliche Probleme wie Ihr Kind hat?**

- ja  nein

Wenn ja, wer hat diese Probleme?

Welche Probleme sind dies?

**7.10 Wie belastend sind die Probleme Ihres Kindes 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 Ihr Kind? (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 Kindes 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  
                                                                                       

**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  
                                                                                       

**7.15 Gibt es bestimmte Situationen, in denen die gegenwärtigen Probleme hauptsächlich auftreten?**  
 ja                                       nein  
Wenn ja, in welchen?

**7.16 Gibt es direkte 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 Kind keine Probleme mehr hätte?**  
positive Veränderungen:

negative Veränderungen:

**Im Folgenden bitte ich Sie, möglichst genaue Angaben zum Verhalten Ihres Kindes zu machen.**

**7.20 Reagiert Ihr Kind oft überhaupt nicht, wenn andere mit ihm Kontakt aufnehmen wollen?**

- ja  nein

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

**7.21 Kann Ihr Kind die Veränderung gewohnter Abläufe nur sehr schlecht ertragen?**

- ja  nein

Wenn ja, um welche Abläufe handelt es sich meist?

**7.22 Hat Ihr Kind eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten?**

- kann oft nicht warten, bis es an der Reihe ist
- unterbricht oft, wenn jemand anderer redet
- hat Schwierigkeiten, sich zu konzentrieren
- steht häufig von seinem Stuhl auf und läuft herum, auch wenn es eine Weile stillsitzen soll
- wechselt ständig seine Aktivitäten, ohne sie zu beenden
- ist leicht ablenkbar
- hat Schwierigkeiten, längere Zeit aufmerksam zu sein
- zappelt mit Händen und Füßen
- andere, und zwar:
  
- nein, trifft nicht zu

**7.23 Hat Ihr Kind 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 Hat Ihr Kind Angst davor, von Ihnen getrennt zu sein, oder macht es sich übermäßige Sorgen, wenn es von Ihnen getrennt ist?**

- ja  nein

Wenn ja, wie äußert sich das?

**7.25 Zweifelt Ihr Kind an seinen Fähigkeiten, z.B. in der Schule, beim Sport, im Umgang mit Gleichaltrigen?**

- ja  nein

Wenn ja, woran zweifelt es?

**7.26 Ist Ihr Kind auf ein Geschwister seit langem besonders eifersüchtig, eventuell seit der Geburt dieses Geschwisters?**

- ja  nein

Wenn ja, wie äußert sich dies?

**7.27 Gibt es Situationen, in denen Ihr Kind überhaupt nicht spricht?**

- ja  nein

Wenn ja, welche sind dies?

**7.28 Zeigt Ihr Kind 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

**7.29 Macht Ihr Kind wiederholt in die Hose oder in das Bett?**

*am Tag*

- absichtlich  
 unabsichtlich

nein, trifft nicht zu

*in der Nacht*

- absichtlich  
 unabsichtlich

**7.30 Kommt es zu Einkoten in die Kleidung oder an Orten, die dafür nicht vorgesehen sind (z.B. den Fußboden)?**

- unabsichtlich  absichtlich

nein, trifft nicht zu

**7.31 Stottert oder stammelt Ihr Kind manchmal?**

- ja  nein

**7.32 Haben Sie bei Ihrem Kind schon einmal Stimmungsschwankungen beobachtet, die über ein normales Maß hinausgegangen sind?**

- ja  nein

**7.33 Gab es eine längere Zeit (z.B. zwei Wochen), in der Sie bei Ihrem Kind eine oder mehrere der folgenden Schwierigkeiten beobachtet haben?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gedrückte Stimmung                               | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit                  |
| <input type="checkbox"/> Verlust des Interesses an fast allen Tätigkeiten | <input type="checkbox"/> anhaltende Müdigkeit         |
| <input type="checkbox"/> Hoffnungslosigkeit                               | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit            |
| <input type="checkbox"/> Selbstvorwürfe, Schuldgefühle                    | <input type="checkbox"/> anhaltende Langweile         |
| <input type="checkbox"/> kein Interesse an Kontakt mit Gleichaltrigen     | <input type="checkbox"/> vermindertes Selbstvertrauen |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar:                                |   |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu                            |   |

**7.34 Hat Ihr Kind schon einmal den Wunsch geäußert, nicht mehr leben zu wollen?**

- ja  nein

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

**7.35 Hat es jemals einen Selbstmordversuch unternommen?**

- ja  nein

Wenn ja, wie?

**7.36 Gab es eine längere Zeit (z.B. zwei Wochen), in der sich Ihr Kind extrem gut oder hochgestimmt fühlt, und zwar ganz anders als einfach nur „in guter Stimmung“ zu sein? Was konnten Sie in dieser Zeit beobachten?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gehobene Stimmung                    | <input type="checkbox"/> geringeres Schlafbedürfnis               |
| <input type="checkbox"/> gesteigerte Aktivität, Ruhelosigkeit | <input type="checkbox"/> Reizbarkeit                              |
| <input type="checkbox"/> auffallendes Wohlbefinden            | <input type="checkbox"/> gesteigerte Gesprächigkeit, Geselligkeit |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar:                    |   |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu                |   |

**7.37 Gibt es Orte bzw. Situationen, vor oder in denen Ihr Kind besonders große Angst hat, wie**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> enge, geschlossene Räume | <input type="checkbox"/> Menschenmengen               |
| <input type="checkbox"/> offene Plätze            | <input type="checkbox"/> Höhe (Balkon, Hochhaus etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bus, U-Bahn etc. fahren  |   |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar:        |   |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu    |   |

**7.38 Versucht Ihr Kind Situationen zu vermeiden, in denen es mit Personen außerhalb der Familie zu tun hat, wie**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vorlesen/Sprechen vor der ganzen Klasse  | <input type="checkbox"/> Anrufe bei Personen, die es nicht gut kennt |
| <input type="checkbox"/> Gespräch mit einem/einer Lehrer/Lehrerin | <input type="checkbox"/> Verabredungen mit Gleichaltrigen            |
| <input type="checkbox"/> sportliche Aktivitäten                   | <input type="checkbox"/> unbekannte Umgebung (z.B. Klassenfahrt)     |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar:                        |  |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu                    |  |

**7.39 Gibt es konkrete Dinge oder bestimmte Umstände, vor denen Ihr Kind große Angst hat, wie z.B.**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blut, Verletzungen    | <input type="checkbox"/> Tiere (z.B. Spinnen, Hunde) |
| <input type="checkbox"/> Spritzen              | <input type="checkbox"/> Dunkelheit                  |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten           | <input type="checkbox"/> bestimmte Speisen           |
| <input type="checkbox"/> Besuch beim Zahnarzt  | <input type="checkbox"/> Donner, Blitz, Sturm        |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar:     |  |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu |  |

**7.40 Gab oder gibt es Situationen, in denen Ihr Kind völlig unerwartet und überraschend Anfälle intensiver Angst hat?**

- ja  nein

Wenn ja, wann ist dies der Fall?

**7.41 Macht sich Ihr Kind 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  |   |

**7.42 Führt Ihr Kind 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"/> Hände waschen             | <input type="checkbox"/> Schultasche immer wieder kontrollieren |
| <input type="checkbox"/> Wege wiederholen/absuchen | <input type="checkbox"/> Ordnung herstellen                     |
| <input type="checkbox"/> andere, und zwar:         |   |
| <input type="checkbox"/> nein, trifft nicht zu     |   |

**7.43 Berichtet Ihr Kind über immer die gleichen Gedanken, die es gar nicht haben möchte, wie**

- etwas Wichtiges verloren zu haben
- etwas öffentlich auszurufen, was es nicht aussprechen möchte (z.B. etwas Unanständiges)
- an einer (möglicherweise eintretenden) Katastrophe schuld zu sein
- andere, und zwar:
- nein, trifft nicht zu

**7.44 Gab oder gibt es eine sehr belastende Situation, die Ihr Kind 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                         |   |

**7.45 Sieht, hört oder fühlt Ihr Kind manchmal Dinge, die in Wirklichkeit nicht vorhanden sind?**

- ja  nein

Wenn ja, was sieht, hört oder fühlt es?

**7.46 Hat sich Ihr Kind in der Vergangenheit Verletzungen selbst zugefügt oder tut es das zurzeit?**

- ja  nein

Wenn ja, beschreiben Sie dies bitte genauer!

**7.47 Hat Ihr Kind 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 |  |

**7.48 Befürchtet Ihr Kind oder hat es schon einmal befürchtet, an einer schweren Krankheit zu leiden?**

- ja  nein

Falls ja, wann war das und was befürchtete Ihr Kind?

**7.49 Was trifft bezüglich Körpergewicht und Essverhalten Ihres Kindes zu?**

- Gewichtsverlust
- Gewichtsschwankungen
- findet sich zu dick oder hat Angst davor, zu dick zu werden
- Heißhungerphasen oder Essanfälle, in denen es 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



**7.50 Sind Sie der Meinung, dass Ihr Kind zu viel oder zu wenig wiegt?**

- ja  nein

**7.51 Wie lange schläft Ihr Kind in der Regel?**

Nachtschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Mittagsschlaf von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**7.52 Hat Ihr Kind Schlafstörungen?**

- ja  nein

Wenn ja, welche?

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

**7.53 Hat Ihr Kind 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 Schwierigkeiten:  
  
 nein, keine

**7.54 Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch. Gibt es sonstige Informationen, die noch nicht erfasst wurden, die Sie aber für die Therapie für bedeutsam halten?**

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