



## Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern,

um eine optimale, sorgfältige und individuelle Betreuung Ihrer Familie und Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten, benötige ich von Ihnen einige Informationen über die Entwicklung und aktuelle Situation Ihres Kindes und Ihrer Familie.

Bitte nehmen Sie sich daher etwas Zeit, die Fragen vollständig und so genau wie möglich zu beantworten.

**Datum:** \_\_\_\_\_

### 1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Kinderarzt: \_\_\_\_\_

**1.1 Schildern Sie bitte kurz den Grund für die heutige Vorstellung Ihres Kindes**  
(seit wann besteht das Problem? Gibt es Auslöser? Etc.)

**1.2. Was erhoffen Sie sich von der Vorstellung Ihres Kindes in meiner Praxis?**

**1.3 Welche Vorbehandlungen gab es bis jetzt?**

*Kinder- und Jugendpsychiater / -psychotherapeuten / Beratungsstelle*

- 
- 
- 

*Ergotherapie / Logopädie / Lerntherapie etc.*

-



M.SC.- PSYCH. STEPHAN POLOWINSKI  
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

An der Waage 5

38527 Meine

Tel: 05304 / 7790103

---

- 
- 

*Krankenhausaufenthalte / Operationen*

- 
- 
- 

*Jugendämter*

*(Bitte geben Sie das Jugendamt, den Namen des zuständigen Ansprechpartners, sowie den Zeitraum an, seit dem oder in dem der Kontakt bestanden hat.)*

- 

**2. Familienanamnese**

*2.1 Familienstand der leiblichen Eltern (verheiratet, geschieden, nie zusammengelebt, etc.)*

*Seit wann?*

*Bei wem liegt das Sorgerecht für das vorgestellte Kind?*

*2.2 Leibliche Mutter*

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz & Mobil): \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung /

Studium: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankung: \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung: \_\_\_\_\_

(In Behandlung? Wo? Wann?) \_\_\_\_\_



M.SC.- PSYCH. STEPHAN POLOWINSKI  
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

An der Waage 5

38527 Meine

Tel: 05304 / 7790103

---

*2.3 Leiblicher Vater*

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz & Mobil): \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung /

Studium: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankung: \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung: \_\_\_\_\_

(In Behandlung? Wo? Wann?) \_\_\_\_\_

*2.4 Geschwister des Kindes*

<b>Vor- und Nachname</b>	<b>Geb. am</b>	<b>Schule / Klasse</b>	<b>Verhaltens- auffälligkeiten / Erkrankungen</b>	<b>Besonderheiten</b> (anderer Wohnort, andere(r) Vater/Mutter)

*2.5 Familie der Mutter*

Welche Personen aus der Familie der Mutter sind weitere wichtige Bezugspersonen für das vorgestellte Kind?



M.SC.- PSYCH. STEPHAN POLOWINSKI  
KINDER- UND JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPEUT

An der Waage 5

38527 Meine

Tel: 05304 / 7790103

---

*Liegen in der Familie der Mutter psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?*

## 2.6 Familie des Vaters

*Welche Personen aus der Familie des Vaters sind weitere wichtige Bezugspersonen für das vorgestellte Kind?*

*Liegen in der Familie des Vaters psychische oder psychiatrische Erkrankungen vor? Wenn ja, welche?*

## 2.6 Bei getrennt lebenden Eltern mit neuen Partnern:

### 2.6.1 Stiefmutter (falls zutreffend)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz & Mobil): \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung /

Studium: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankung: \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung: \_\_\_\_\_

(In Behandlung? Wo? Wann?) \_\_\_\_\_

### 2.6.2 Stiefvater (falls zutreffend)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz & Mobil): \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Berufsausbildung /

Studium: \_\_\_\_\_



Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Psychische Erkrankung: \_\_\_\_\_

Körperliche Erkrankung: \_\_\_\_\_

(In Behandlung? Wo? Wann?) \_\_\_\_\_

### 3. Wohnsituation

Schildern Sie bitte Ihre Wohnsituation (z.B. Wohnumgebung, Zimmeranzahl, im Haushalt lebende Personen, Haustiere).

---

---

---

---

---

---

---

Gibt es Umstände, die die Familie als belastend empfindet? Bitte beschreiben Sie diese kurz. (Z.B. Pflege eines Familienmitglieds, Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten, anhaltende Konflikte innerhalb der Familie oder mit weiteren Personen)

Mit welcher Person innerhalb der Familie versteht sich Ihr Kind besonders gut?

Mit welcher Person innerhalb der Familie hat ihr Kind am häufigsten Streit?

Wie versteht sich Ihre Kind mit seinen Geschwistern?

### 4. Kindesentwicklung

#### 4.1 Schwangerschaft

Gab es in der Schwangerschaft besondere Ereignisse oder Komplikationen?

---

---

Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht, Alkohol getrunken, Drogen konsumiert oder Medikamente eingenommen?



War die Mutter während der Schwangerschaft besonderem Stress oder psychischen Belastungen ausgesetzt?

#### *4.2 Geburt*

Erfolgte die Entbindung entsprechend dem errechneten Termin? Wenn nicht, wie viel früher / später?

Gab es während oder nach der Geburt besondere Ereignisse oder Komplikationen?

---

---

---

Bitte entnehmen Sie folgende Angaben aus dem gelben Vorsorgeuntersuchungsheft:

APGAR-Werte:

Kopfumfang:

Körpergröße:

Gewicht:

Andere Auffälligkeiten:

#### *4.3 Frühkindliche Entwicklung*

Gab es während der ersten drei Lebensjahre besondere Ereignisse oder Komplikationen (schreien, essen, schlafen)?

---

---

---

#### *Sprachentwicklung*

Erste Worte mit..... Monaten

2-3-Wort-Sätze mit .....Monaten

Gab es Auffälligkeiten hinsichtlich der Aussprache / des Sprechens? Welche?



Gab es Auffälligkeiten hinsichtlich des Hörvermögens?

*Motorische Entwicklung*

Krabbeln mit ..... Monaten

Freies Laufen mit ..... Monaten

Gab es Auffälligkeiten in der Entwicklung der Fein- und/oder Grobmotorik?

Neigt Ihr Kind verstärkt zu Unfällen oder Verletzungen?

*Sauberkeitsentwicklung*

Tagsüber nicht mehr eingenässt mit ..... Monaten

Nachts nicht mehr eingenässt mit ..... Monaten

Hat Ihr Kind nach einem „trockenen“ Zeitraum von min. 6 Monaten angefangen erneut regelmäßig einzunässen? Tagsüber oder nachts?

Tagsüber nicht mehr eingekotet mit ..... Monaten

Nachts nicht mehr eingekotet mit ..... Monaten

Hat Ihr Kind nach einem „sauberen“ Zeitraum von min. 6 Monaten angefangen erneut regelmäßig einzukoten? Tagsüber oder nachts?

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind?

Hat Ihr Kind eine chronische / schwere körperliche Erkrankung? Welche?

Hat Ihr Kind Allergien? Welche?

Nimmt oder nahm Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Welche? Seit wann?

Raucht Ihr Kind, trinkt Alkohol oder nimmt Drogen? Wenn ja, wie viel?

Hat die Pubertät bereits eingesetzt? Wenn ja, in welchem Alter?

**5. Schule, Kindergarten, Freizeit**

*5.1 Kindergarten*

Hat Ihr Kind eine Krippe besucht? Welche? Ab welchem Alter? Wie viele Stunden am Tag?



Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? Welchen? Ab welchem Alter? Wie viele Stunden am Tag? Gab es Wechsel?

Gab es in dieser Zeit Verhaltensauffälligkeiten? Welche? (z.B. Aggressivität, Rückzug, starke Trennungsängste)

### *5.2 Schulentwicklung*

Welche Schule und Klasse besucht Ihr Kind zur Zeit?

Gibt es/Gab es Auffälligkeiten, wie z.B. Klassenwiederholungen, Schulwechsel, Beziehung zu den Lehrern, Verhaltensauffälligkeiten, in der Schule?

---

---

---

Wie viel Zeit verbringt/verbrachte Ihr Kind täglich mit Hausaufgaben / lernen? Auffälligkeiten bitte beschreiben.

### *5.3 Freizeit*

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

Wird Ihr Kind zu Kindergeburtstagen / Partys eingeladen? Wie häufig?

An wie vielen Tagen in der Woche hat Ihr Kind Kontakt zu Freunden außerhalb der Schule?

Welche Hobbies hat Ihr Kind? Ist Ihr Kind Mitglied in einem Verein?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit Fernsehen? Welche Sendungen werden geguckt?

Wie viel Zeit verbringt Ihr Kind am Tag mit Spielkonsolen / Computerspielen / Internet? Welche Spiele werden gespielt bzw. welche Seiten / Funktionen werden genutzt?