

Ausgefüllt am: _____ von: _____

1. Persönliche Daten

Vor- und Nachname des Kindes: _____ Geburtsort: _____

Geburtsdatum: _____ Kinderarzt: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Schule/ Kindergarten: _____ Klasse: _____

KlassenlehrerIn/Erzieherin _____

Eltern: Mutter Vater

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Schulabschluss: _____

Beruf: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Bitte Email Adresse nur ausfüllen wenn Sie dem zustimmen: Ich bin mit der Korrespondenz, bzw. der Zusendung von Daten per einfacher **E-Mail** einverstanden. Mir ist bekannt, dass die mir so zugesandten E-Mails personenbezogene Daten enthalten können. Die Risiken, die mit dem Versand solcher E-Mails verbunden sind – insbesondere die unbefugte Kenntnisnahme und Verwertung durch Dritte – sind mir bewusst.

E-Mail: _____

Besonderheiten der Familiensituation? (z.B.: Elternstatus: getrennt/ geschieden/ alleinerziehend/ verwitwet; Stief-, - Pflege- oder Adoptiveltern, etc.):

Geschwister: 1 2 3 4

Vorname: _____

Alter: _____

Besonderheiten: _____

Wer lebt noch in der Familie? _____

2. Ergänzende Fragen bei getrennt lebenden Eltern☐ trifft nicht zu**Trennung der Eltern?**☐ ja, im ____ Lebensjahr des Kindes**Waren die Eltern verheiratet?**☐ ja ☐ nein

Haben sich die Eltern scheiden lassen? ☐ ja, im ____ Lebensjahr des Kindes

Das Sorgerecht liegt bei:

Beiden leiblichen Eltern

☐ Amtsvormund

☐ Leiblicher Mutter

☐ Leiblichem Vater

☐ Anderer Person: _____

3. Vorstellungsanlass

Wurden wegen der o.g. Symptome bereits andere Stellen aufgesucht (z.B. Erziehungsberatung, Jugendamt, Psychotherapeut etc.) und wenn ja, wann?

4. Schwangerschaft und Geburt

Schwangerschaftsverlauf: ☐ unauffällig

Risikofaktoren während der Schwangerschaft (z.B. Alkohol-, Nikotin- oder Drogenmissbrauch, Medikamenteneinnahme, Krankenhausaufenthalte, Blutungen, Infektionen, psychosoziale Belastungen, etc.):

Zeitpunkt: ☐ EGT ☐ zu früh (<37 Wochen) ☐ zu spät (>42 Wochen) ☐ ____ Woche

Geburtsmodus: ☐ spontan ☐ Kaiserschnitt ☐ Zange ☐ Saugglocke

Geburtsgewicht: _____ g ☐ **Geburtsgröße:** _____ cm

Kopfumfang: _____ cm ☐ **Apgar-Werte:** ____ / ____ / ____

Psychische Belastungen der Mutter zu dieser Zeit? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen)

5.1 Entwicklung des Kindes: Postpartale Entwicklung des Kindes

Entwicklung im ersten Lebensjahr? ☐ unauffällig

☐ auffällig, da (z.B. Schreibaby, Schlaf- oder Fütterstörungen etc.):

Wurde gestillt? ☐ nein ☐ ja, Dauer: ____ Monate (voll)

5.2 Entwicklung des Kindes: Meilensteine der frühkindlichen Entwicklung

Motorik

Beginn Krabbeln? _____ Monate

Beginn freies Laufen? _____ Monate

Auffälligkeiten/ Förderung? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

Sprache

Erste Worte? _____ Monate

Zwei-Wort-Sätze? _____ Monate

Auffälligkeiten/Förderung? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

Sauberkeitsentwicklung

Bereits sauber? ☐ nein ☐ ja

Sauberkeit tagsüber erreicht? Im Alter von ____ Jahren

Sauberkeit nachts erreicht? Im Alter von ____ Jahren

Auffälligkeiten/Förderung? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

5.3 Entwicklung des Kindes: Körperliche Erkrankungen

Besondere Erkrankungen in den ersten 3 Lebensjahren? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

Allergien? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

Fieberkrämpfe: ☐ nein ☐ ja, mit: ____ Monaten/Jahren

Epileptische Anfälle: ☐ nein ☐ ja, mit: ____ Monaten/Jahren

Welche/ wie lange:

Andere chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Diabetes)? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

Regelmäßig eingenommene Medikamente? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

1. Wann? _____ Welches? _____

Besonderheiten? _____

2. Wann? _____ Welches? _____

Besonderheiten? _____

3. Wann? _____ Welches? _____

Besonderheiten? _____

Konsum psychotroper Substanzen (Nikotin, Alkohol, Drogen)? ☐ nein ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

Welche? _____

Seit wann? _____ Wie oft? _____

Krankenhausbehandlungen? ☐ nie ☐ ja (warum? wann?) (bitte ausführen, s.u.)

Aktuelle körperliche Beschwerden (z.B. Brille, Hörfehler, Allergien, Anfallsleiden, etc.) ?

☐ keine ☐ ja (bitte ausführen, s.u.)

5.4 Entwicklung des Kindes: Sexualanamnese

Mädchen **Beginn Pubertät?** ☐ trifft noch nicht zu ☐ ja, mit ____ Jahren
 Regelblutung? ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig

Jungen **Beginn Pubertät?** ☐ trifft noch nicht zu ☐ ja, mit ____ Jahren

5.5 Entwicklung des Kindes: Vegetative Anamnese

Schlaf	in der Vergangenheit		aktuell	
Einschlafprobleme?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
Durchschlafprobleme?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
Früherwachen?	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja
Andere (z.B. verschobener Tag-Nacht-Rhythmus, Nachtschreck, etc.)				
	☐ nein	☐ ja	☐ nein	☐ ja

Appetit

Appetitverlust? ☐ nein ☐ ja, seit ____ Monaten

Gewichtsabnahme? ☐ nein ☐ ja, um ____ kg

Appetitsteigerung? ☐ nein ☐ ja, seit ____ Monaten

Gewichtszunahme? ☐ nein ☐ ja, um ____ kg

Gewichtsschwankungen? ☐ nein ☐ ja, seit ____ Monaten, um ____ kg

Andere (z.B. Nebenwirkungen von Medikamenten, etc.)

5.6 Entwicklung des Kindes: Krippe/ Kindergarten

Fremdbetreuung vor Eintritt in den Kindergarten?

☐ nein ☐ ja, durch _____ ab dem ____ Lebensmonat/ Jahr

Eintritt in den Kindergarten?

mit ____ Jahren ☐ kein Kindergartenbesuch

Kindergartenwechsel? ☐ nein ☐ ja, weil (bitte ausführen, s.u.)

(z.B. Umzug, Probleme, etc.)

Integrationshilfe? ☐ nein ☐ ja

Verhaltensprobleme im Kindergarten? ☐ nein ☐ ja (welche?) (bitte ausführen, s.u.)

Trennungsangst? ☐ Kontaktstörungen? ☐

Angst/ Zurückhaltung? ☐ motorische Unruhe? ☐

Impulsivität? ☐ Opposition/ Regelverstöße? ☐

Aggression (verb./ körp.)? ☐ Andere: _____

5.7 Entwicklung des Kindes: Schulbesuch

Schuleintritt? ☐ zeitgerecht mit _____ Jahren ☐ zurückgestellt

Name der Grundschule: _____

Weiterführende Schule? Ab wann (welchem Alter)? _____

Name der Schule? _____ Schulform? _____

Besonderheiten (z.B. Wiederholung, Umschulung, Abbruch, Unregelmäßigkeit des Schulbesuchs etc.)?

☐ nein ☐ ja (welche?)

Aktuelle Verhaltensprobleme in der Schule? ☐ nein ☐ ja (welche?)

Leistungsstörung? ☐ seit _____ Angst/ Zurückhaltung? ☐ seit _____

Schulangst? ☐ seit _____ Konzentrationsprobleme? ☐ seit _____

Motorische Unruhe? ☐ seit _____ Impulsivität? ☐ seit _____

Opposition/ Regelverstöße? ☐ seit _____ Aggression (verb./ körp.)? ☐ seit _____

Schwänzen? ☐ seit _____ Andere: _____

Leistungen aktuell (Durchschnitt)?

☐ sehr gut - gut ☐ befriedigend bis ausreichend ☐ mangelhaft bis ungenügend

6. Soziale Integration und Hobbys

Hat das Kind enge Freunde (seit längerem bestehend, einschließlich private Verabredungen)?

☐ ja, _____ (Anzahl) ☐ nein

Hat das Kind Kontakt mit problembelasteten Freunden? ☐ ja ☐ nein

Hat das Kind eine Lieblingsbeschäftigung in der Freizeit?

☐ nein ☐ ja, _____

Mitglied in einem Verein, einer Kinder- oder Jugendgruppe?

☐ nein ☐ ja, _____

Wieviel Zeit verbringt das Kind mit digitalen Medien? _____ Stunden pro Tag.

Welche Medien werden genutzt? _____

7. Erziehungsfragen/ Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen

Wer kümmert sich vorwiegend um das Kind?

Besteht zwischen den Eltern Einigkeit zu Erziehungsangelegenheiten?

Welche Konsequenzen gibt es in Ihrer Familie?

Wird mit dem Kind gemeinsam Zeit verbracht? Welche Beschäftigung?

Finden gemeinsame Mahlzeiten statt?

Finden gemeinsame Unternehmungen am Wochenende statt?

Ist Jemand zu Hause, wenn das Kind aus der Schule kommt?

Welche Regeln gibt es? (z.B. Hausaufgaben, Ausgehen, Essen, Aufräumen, etc.)

8. Psychische Belastungen in der Familie?

☐ trifft nicht zu

Gibt es Jemanden in der Familie, der aktuell unter einer psychischen Erkrankung leidet?

Gibt es Jemanden in der Familie, der in der Vergangenheit in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung gewesen ist? Wenn ja, warum?

Gibt es andere Belastungen in der Familie (Verluste, soziale Sorgen, etc.)?

9. Ergänzung im Falle eines Migrationshintergrundes

☐ trifft nicht zu

	Mutter des Kindes	Vater des Kindes
Herkunftsland?	_____	_____
Seit wann in Deutschland?	_____	_____
Hintergrund der Migration (freiwillig versus unfreiwillig, geplant, aus wirtschaftlichen, politischen Gründen, Verfolgung, Familienzusammenführung, etc.)?		
Mutter:	_____	
Vater:	_____	

10. Problematik und Ressourcen

Wann ist das zu Beginn beschriebene Verhalten erstmals aufgetreten?

Gab es besondere Ereignisse, die damit zusammenfielen?

Zeigt sich die Problematik in bestimmten Situationen öfter oder seltener?

Wie wurde bisher auf das Verhalten des Kindes reagiert? Was wurde versucht, um eine Verhaltensänderung herbeizuführen?

Was mögen Sie besonders an Ihrem Kind, welche Stärken hat es?

11. Erwartungen an die Therapie und an die Zukunft

Welche Erwartungen, Ziele und Wünsche werden mit der Therapie verbunden?
