



Fragebogen zur Lebensgeschichte

Liebe Eltern, liebe Bezugspersonen,

zur Vorbereitung auf unseren ersten Gesprächstermin bitte ich Sie, diesen Fragebogen aufmerksam zu lesen und die Fragen vorab zu beantworten. Die darin enthaltenen Informationen helfen dabei, Ihr Anliegen und die Problematik besser zu verstehen und ermöglichen es, uns im Gespräch auf die aktuellen Themen und Situationen zu konzentrieren. Sollte der Platz nicht ausreichen, können Sie gerne den Freiraum auf der letzten Seite für Ihre Angaben nutzen. Vielen Dank!

Name des Kindes:

geboren am:

Was hat Sie zu der Vorstellung in meine Praxis bewogen? Wer hat den Anstoß gegeben?

Welche Auffälligkeiten, Probleme oder Beschwerden haben Sie in den vergangenen sechs Monaten bei Ihrem Kind beobachtet? Seit wann haben sich die Probleme insgesamt entwickelt?

Haben Sie in der Vergangenheit bereits andere Fachleute, Kliniken oder Beratungsstellen in diesem Zusammenhang aufgesucht bzw. Diagnostik oder Behandlungen dort durchgeführt? Wenn ja, wann und welche?

(z.B. Krankenhausaufenthalte, ambulante Psychotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Frühförderstelle, Erziehungsberatungsstellen, Mutter-Kind-Kur) – bei Bedarf gerne den Freiraum auf der letzten Seite mit nutzen.

Laufen aktuell therapeutische Maßnahmen?

Therapie	seit wann?	Frequenz pro Woche?	Wo?
Ergotherapie			
Logopädie			
Autismustherapie			
Lerntherapie			

Wer verordnet derzeit die Therapien (z.B. Ergotherapie, Logopädie)?

Gab es in der Vergangenheit Kontakt zum Jugendamt? Wenn ja, gab oder gibt es aktuell ambulante Hilfen? Lebt das Kind derzeit in einer Einrichtung? Wenn ja, seit wann und wo? Gab es bereits mehrere Wechsel in Bezug auf den Wohnort bzw. die Betreuungssituation?

Nimmt Ihr Kind aktuell regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, wer hat diese bislang verordnet?

Name des verordnenden Arztes / der verordnenden Ärztin:

Aktuelle Medikamente:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Nebenwirkungen?

Frühere Medikamente:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Nebenwirkungen?

Angaben zur Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindzeit

(Das gelbe Untersuchungsheft kann Ihnen beim Beantworten der folgenden Fragen hilfreich sein)

Schwangerschaft

Gab es während der Schwangerschaft seelische/körperliche Erkrankungen oder Probleme?

☐ Nein ☐ Ja (Falls ja, welche?)

Haben Sie (Mutter) während der Schwangerschaft ...

... geraucht? ☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, wie viel? _____ Zigaretten/Tag)

... Alkohol konsumiert? ☐ Nein ☐ Ja (Falls ja, welche?)

Geburt

Entbindung in der _____ Schwangerschaftswoche

Geburtsverlauf normal?

☐ Ja ☐ Nein (Falls nein, welche Besonderheiten gab es? z.B. Geburtsstillstand, Kaiserschnitt, Nabelschnurumwicklung)

Geburtsgewicht (Gramm):

Geburtsgewicht (cm):

Kopfumfang (cm):

APGAR:

Nach der Geburt

Gab es nach der Geburt Auffälligkeiten oder Komplikationen?

☐ Nein ☐ Ja

Musste Ihr Baby nach der Geburt im Krankenhaus behandelt werden?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, warum und für wie lange?)

Säuglings- und Kleinkindzeit

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, wie lange? _____ Monate)

Hat Ihr Baby sehr viel geschrien?

☐ Nein ☐ Ja

Gab es Probleme beim Füttern oder Verdauen?

☐ Nein ☐ Ja

Gab es Probleme beim Schlafen?

☐ Nein ☐ Ja

Mit wie vielen Monaten konnte Ihr Kind ...

... laufen?

... erste Worte sprechen?

... 2-3-Wort-Sätze sprechen?

Mit wie vielen Monaten war Ihr Kind ...

... trocken am Tag?

... trocken in der Nacht?

... stuhlsauber?

Hat Ihr Kind erneut eingenässt oder eingekotet, nachdem es bereits mehr als 6 Monate trocken war?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, wann?)

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind schon? (z.B. Röteln, Windpocken, Mumps)

Hatte Ihr Kind bereits schwere Erkrankungen, Unfälle, Operationen?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, welche? Wann? Von wem behandelt?)

Hatte Ihr Kind in der Vergangenheit Fieberkrämpfe oder epileptische Anfälle?

☐ Nein ☐ Ja, Fieberkrämpfe ☐ Ja, epileptische Anfälle

Ist Ihr Kind geimpft nach den STIKO*-Empfehlungen?

☐ Nein ☐ Ja

*STIKO = Ständige Impfkommission

Hat Ihr Kind Allergien?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, welche?)

Hat Ihr Kind in der Vergangenheit belastende oder außergewöhnliche Ereignisse miterlebt?
z.B. Tod, Verlust, Unfälle, Gewalt, Opfer bzw. Zeuge von Verbrechen? (Wenn ja, welche?)

Angaben zur aktuellen Entwicklung Ihres Kindes

Wann geht Ihr Kind ins Bett?

Schläft Ihr Kind im eigenen Bett ein und durch? ☐ Nein ☐ Ja

Unser Kind schläft ... ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ... ein.

Unser Kind schläft ... ☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht ... durch.

Der Appetit ist ...

☐ gut ☐ mäßig ☐ schlecht

Aktuelles Gewicht (kg):

Aktuelle Körpergröße (cm):

Bei Mädchen: Erste Regelblutung mit wieviel Jahren?

Gab es in letzter Zeit Gewichtsveränderungen?

☐ Nein ☐ Ja

Leidet Ihr Kind aktuell an einer körperlichen Erkrankung?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, an welcher?)

Hat Ihr Kind Erfahrungen mit:

☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Nikotin Wenn ja, bitte genauer beschreiben:

Angaben zur sozialen Entwicklung Ihres Kindes

Kindergarten und Vorschulalter

Wann erfolgte die Aufnahme in die Krippe/in den Kindergarten? Mit _____ Jahren.

Bei Kindergarten-/Vorschulkindern:

Welchen Kindergarten besucht Ihr Kind aktuell?

Ist Ihr Kind ein I-Kind*?

*I-Kind = Inklusionskind

Besucht Ihr Kind einen besonderen Förderkindergarten?

☐ Nein ☐ Ja

Bei Schulkindern

Gab es während der Kindergartenzeit Auffälligkeiten im Bereich des Verhaltens oder der Entwicklung? (z.B. Sprache, Motorik, Konzentration, Aggressivität, Trennungsängste, etc.) Wenn ja, welche?

Schule

Unser Kind wurde ... ☐ regelrecht eingeschult ☐ ein Jahr zurückgestellt ☐ war ein „Kann-Kind“

Bei Vorschulkindern: Wann wird Ihr Kind schulpflichtig?

Bitte beschreiben Sie kurz den schulischen Werdegang. Achten Sie hierbei bitte insbesondere auch auf schwierige Erfahrungen (z.B. Klassenwiederholungen, Schulwechsel, Schulformen)

Aktuelle Klasse / Schule (Name und Adresse):

Schulform: ☐ Grundschule ☐ Gesamtschule ☐ Gymnasium ☐ Förderschule

Derzeitiges Leistungsniveau (z.B. gut / mittel / schwach):

Lieblingsfächer:

Unbeliebte Fächer:

Ist Ihr Kind gut in die Klassengemeinschaft integriert? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn nein, bitte angeben: ☐ Einzelgänger/in ☐ Außenseiter/in ☐ Klassenkasper/in ☐ Sündenbock

Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

☐ Ja ☐ Nein (Wenn nein, warum?)

Der Schulbesuch ... ☐ erfolgt regelmäßig ☐ erfolgt unregelmäßig ☐ nicht mehr seit _____, weil:

Unser Kind geht ... ☐ in eine Ganztagschule ☐ in einen Hort ☐ in eine Tagesgruppe

Besonderheiten während der Coronapandemie? Wie kommt Ihr Kind mit dem Homeschooling/Wechselmodell zurecht? Befindet sich Ihr Kind aufgrund familiärer Risikofaktoren im Distanzunterricht?

Angaben zur Freizeit und Spiel

(bitte auch bei Kindergartenkindern ausfüllen)

Freizeit

Hobbies, Interessen, Lieblingsspiele?

Mitglied in einem Verein oder Gruppe? (z.B. Fußball, Tanzverein, Feuerwehr, etc.)

Welche Stärken hat Ihr Kind? Was kann es besonders gut?

Gemeinsame Aktivitäten / Hobbies mit der Familie:

Medienkonsum

Fernsehen/TV (Stunden am Tag):

Lieblingssender/Serien/Filme:

Computer/Spielkonsole (Stunden am Tag):

Welche Spiele spielt Ihr Kind?

Handy (Stunden am Tag):

Was macht Ihr Kind vorzugsweise mit dem Handy?

Hat der Medienkonsum während Corona zugenommen?

☐ Nein ☐ Ja

Gibt es diesbezüglich Spannungen oder Streit?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, welche?)

Freunde und soziales Verhalten

Hat Ihr Kind feste Freundschaften?

☐ Nein ☐ Ja (Wenn ja, wie viele: _____)

Wie oft findet der Kontakt zu Freunden in der Woche statt?

☐ 1x ☐ 2-3x ☐ mehr als 3x

Während Corona: ☐ digital ☐ persönlich

Wird Ihr Kind zu Kindergeburtstagen eingeladen?

☐ Nein ☐ Ja

Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber Gleichaltrigen?

(z.B. schüchtern, bestimmend, kompromissbereit, provokant oder aggressiv, selbstbewusst)

Wie verhält sich Ihr Kind gegenüber den Eltern? (Pflegeeltern, Erzieher*innen, etc.)

Wie ist die Beziehung zu den Geschwistern?

Angaben zur Familie

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater	Stief-/Pflege-/ Adoptivmutter	Stief-/Pflege-/ Adoptivvater
Geburtsdatum/Alter				
Schulabschluss				
Berufsausbildung				
Voll-/Teilzeit-, Schichtarbeit				
Körperliche Erkrankungen				
Familiäre Belastungsfaktoren				
Psychische Störungen				

Eltern

- ☐ verheiratet
 ☐ zusammenlebend
 ☐ getrennt lebend
 ☐ geschieden
☐ haben nie zusammengelebt
 ☐ Vater/Mutter unbekannt
 ☐ sonstige

Sorgerecht

- ☐ Gemeinsames Sorgerecht (Vater und Mutter)
 ☐ Mutter
 ☐ Vater
 ☐ Vormund
 ☐ Sonstige

Gesundheitsfürsorge

- ☐ Mutter
 ☐ Vater
 ☐ Vormund

Gegenwärtig lebt das Kind bei der/dem/den

- ☐ Eltern/Familie
 ☐ leiblichen Mutter + Partner*in
 ☐ leiblichen Vater + Partner*in
 ☐ Großeltern
☐ Pflegefamilie
☐ Adoptiveltern
☐ Jugendhilfe/Wohngruppe
☐ sonstige

Bei getrennt lebenden Eltern: Wie verläuft der Kontakt zum anderen Elternteil? (wie oft? Konflikte?)

Hat das Kind jemals außerhalb der Familie gelebt? (z.B. Pflegefamilie, Wohngruppe) Wenn ja, warum, wann und wo?

Geschwister:

Name / Alter	Vollgeschw. / Halbgeschw. väterlicher-/mütterlicherseits	Gemeinsamer Haushalt?	Besonderheiten?

Gibt es Konflikte oder Rivalitäten zwischen den Kindern? Gibt es körperliche oder psychische Erkrankungen bei den Geschwistern? Wenn ja, welche?

Gibt es neue Partnerschaften?

Beim Vater:

☐ Nein ☐ Ja

Anzahl der Kinder des/der neuen Partner*in:

Bei der Mutter:

☐ Nein ☐ Ja

Anzahl der Kinder des/der neuen Partner*in:

Anzahl gemeinsamer Kinder:

Anzahl gemeinsamer Kinder:

Bezugspersonen und Großeltern

Wie ist der Kontakt zu den Großeltern?

Welche anderen wichtigen Bezugspersonen gibt es?

Gibt es noch etwas, was Sie gerne mitteilen möchten? Schreiben Sie es gerne hier noch auf.

Wer hat den Bogen ausgefüllt?

Datum und Unterschrift

Vielen Dank, dass Sie alle Fragen beantwortet haben. Ich freue mich, Sie und Ihr Kind bald kennenzulernen und gemeinsam Ihre Fragen und Sorgen zu besprechen.