



Liebe Familien,

gerne möchten wir Sie und Ihr Kind vor dem nächsten Termin besser kennen lernen. Daher möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen soweit wie möglich zu beantworten und zu dem nächsten Termin mitzubringen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Informationen zum Kind

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Emailadresse: _____

Hausarzt: _____

Kontakt Daten Eltern: _____

Kindergarten/ Schule: _____

Erzieher/ Lehrer: _____

Wo und mit wem wohnt
das Kind aktuell zusammen: _____

Wer ist sorgeberechtigt: _____

Weshalb wünschen Sie eine
therapeutische Behandlung: _____

Haben Sie eine Idee, womit diese
Probleme zusammenhängen
können oder wodurch diese entstanden
sein könnten _____

Wurde Ihr Kind schon einmal bei einem/
einer Psychotherapeutin vorgestellt?
Wenn Ja, wo und wann? _____



Entwicklung des Kindes

Schwangerschaftsverlauf

Ab wann war Ihnen
die Schwangerschaft bekannt:

Gab es Belastungen oder Krankheiten
bei der Mutter während der
Schwangerschaft?

Haben Sie während der
Schwangerschaft geraucht, Alkohol
getrunken oder Drogen genommen?

Gab es bei vorherigen Schwangerschaften
Komplikationen?

Gab es in der Schwangerschaft
traumatische Erlebnisse?
Wenn ja, welche?

Geburt

Handelte es sich um eine Frühgeburt?

Gab es während der Geburt
Komplikationen?

1. Lebensjahr

Haben Sie Ihr Kind gestillt?

ja

nein

Gab es Besonderheiten nach der Geburt?

Gab es bei Ihnen psychische oder
körperliche Erkrankungen nach der Geburt?

Gab es eine längere Trennung zwischen
Ihnen und Ihrem Kind?

Gab es im ersten Lebensjahr für Ihr Kind
traumatische Erlebnisse?
Wenn ja, welche?

Kleinkindalter



War ihr Kind in einer Krabbelgruppe?

Ja

nein

War ihr Kind in einem u3 Kindergarten?

Ja

nein

Meilensteine der Entwicklung:

Motorik

zeitgerecht

verzögert

Auffälligkeiten in der Motorik:

Sprache/ Sprechen

zeitgerecht

verzögert

Auffälligkeiten in der Sprache:

Sauberkeit

zeitgerecht

verzögert

Auffälligkeiten in der Sauberkeit:

Gab es Belastungen/ Erkrankungen/
Besonderheiten beim Kind oder in der
Familie in dieser Zeit?

Gab es in dieser Zeit traumatische
Erlebnisse für Ihr Kind?
Wenn ja, welche?

Kindergarten

Welchen Kindergarten hat Ihr Kind
besucht?

Gab es einen Wechsel des Kindergartens?
Wenn ja, warum?

Wie war die Eingewöhnung in den
Kindergarten?

Wie war die soziale Integration ihres
Kindes?

Gab es in der Zeit in der Ihr Kind den
Kindergarten besucht hat Probleme oder
Sorgen?

Wie haben Sie Ihr Kind während dieser
Zeit zuhause erlebt?

Gab es während dieser Zeit Belastungen/
Erkrankungen/ Besonderheiten beim Kind
oder in der Familie in dieser Zeit?



Gab es in dieser Zeit traumatische Erlebnisse für Ihr Kind?

Wenn ja, welche?

Schule

Welche Schule hat Ihr Kind besucht?

Welche Schule besucht es aktuell?

In welcher Klasse ist Ihr Kind aktuell?

Gab es einen Schulwechsel?

Wo erledigt Ihr Kind ihre/ seine Hausaufgaben?

Gab es schulische Probleme?

Was sind die Lieblingsfächer Ihres Kindes?

Was sind die Hassfächer Ihres Kindes?

Was macht Ihr Kind in ihrer/seiner Freizeit?

Ist Ihr Kind in einem Verein?

Wenn ja, in welchem?

Was für Hobbies hat Ihr Kind?

Welche Medien benutzt Ihr Kind für wie viele Stunden am Tag?

Trifft sich Ihr Kind außerhalb der Schule mit Freunden?

Gab es Auffälligkeiten/ Veränderungen in der Schulzeit die sie zuhause wahrgenommen haben?

Gab es in dieser Zeit traumatische Erlebnisse?

Wenn ja, welche?

Gesundheitszustand

Gibt es bei Ihrem Kind aktuelle...

...körperliche Erkrankungen?

Wenn ja, welche?



...psychische Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

...Allergien oder Unverträglichkeiten?

Wenn ja, welche?

Muss/ Musste ihr Kind regelmäßig

Medikamente nehmen?

Wenn ja, welche?

Gab es bei Ihrem Kind in der Vergangenheit...

...Erkrankungen?

Wenn ja, welche?

...Operationen?

Wenn ja, welche?

...Krankenhausaufenthalte?

Wenn ja, warum und wie lange?

Allergien/ Unverträglichkeiten?

Wenn ja, welche?

Familie

Informationen zur Mutter

Name, Vorname:

Alter:

Schulabschluss/ Ausbildung/ Studium:

Aktueller Beruf der Mutter:

Vollzeit Teilzeit

Liegen bei Ihnen körperlicher oder
psychische Erkrankungen vor?

Wenn ja, welche?

Haben Sie traumatische Erlebnisse erlebt?

Wenn ja, welche?

Sind Ihnen Erkrankungen in Ihrer Familie



bekannt?

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied?

Informationen zum Vater

Name, Vorname:

Alter:

Schulabschluss/ Ausbildung/ Studium:

Aktueller Beruf des Vaters:

Vollzeit Teilzeit

Liegen bei Ihnen körperlicher oder psychische Erkrankungen vor?
Wenn ja, welche?

Haben Sie traumatische Erlebnisse erlebt?
Wenn ja, welche?

Sind Ihnen Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

Wenn ja, welche und bei welchem Familienmitglied?

Informationen zur Familie

Wie ist der Beziehungsstatus der leiblichen Eltern?

zusammenlebend getrennt, seit? ____

Wenn Sie getrennt leben, gibt es einen neuen Lebenspartner/ eine neue Lebenspartnerin?

ja nein

Wie viele Geschwister hat Ihr Kind?

Alter der Geschwister:

Geschlecht der Geschwister:

Liegen bei den Geschwistern Erkrankungen oder Probleme vor?

Beschreiben Sie kurz Ihre Beziehung zum vorgestellten Kind:



Kerstin Speller

Psychotherapie für Kinder & Jugendliche

Werden Sie aktuell vom Jugendamt
unterstützt?

ja

nein

Was wäre Ihr Wunsch, was sich durch die
Therapie verändern soll?

Falls Ihnen weitere wichtige Informationen
einfallen, können Sie diese gerne hier
anmerken:

Vielen Dank!