

Name des Kindes/Jugendlichen: \_\_\_\_\_

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

## FAMILIE

Leibliche Eltern sind verheiratet seit: \_\_\_\_\_

geschieden/getrennt seit: \_\_\_\_\_

Patient/Patientin lebt bei:

- leiblichen Eltern
- alleinerziehende Mutter/Vater
- Mutter/Vater und Stiefelternteil
- Pflegeeltern/Adoptiveltern \_\_\_\_\_
- anderes:

Wer hat das Sorgerecht?

- leibliche Eltern gemeinsam
- Mutter/Vater
- Pflegeeltern/Adoptiveltern \_\_\_\_\_
- Jugendamt/Vormund:
- ich bin erwachsen

Bei getrennt lebenden Eltern: wie oft bestehen Kontakte zu dem getrennt lebenden Elternteil?

\_\_\_\_\_

Wer gehört zur Kern-Familie (Elternteile, Stief-Elternteile, Geschwister, Stief- und Halbgeschwister, hauptbetreuende Tante/Onkel/Oma/Opa) und wer davon lebt zusammen?

Erwachsene: Vor-

und Zuname	Alter	Ausbildung	Tätigkeit	Arbeitszeiten
------------	-------	------------	-----------	---------------

--	--	--	--	--

Kinder/(Stief-/Halb-)Geschwister:

Name	Alter	Klasse	Schulform	eigenes Zimmer?
------	-------	--------	-----------	-----------------

--	--	--	--	--

Aktuell leben mit dem Patienten/der Patientin in einem Haushalt zusammen:

\_\_\_\_\_

Gibt es Haustiere? \_\_\_\_\_

## SCHWANGERSCHAFT

War die Schwangerschaft geplant?

Gibt es Nennenswertes zum Thema „Kinderwunsch“?

Gab es Erkrankungen oder Belastungen während der Schwangerschaft?

- Geburt:
- zum errechneten Termin
  - Tage nach dem errechneten Termin
  - Tage/Wochen vor dem errechneten Termin
  - eingeleitet
  - Saugglocke
  - Kaiserschnitt
  - Nabelschnurumschlingung/grünes Fruchtwasser/Zyanose (bläuliche Haut)
  - Kind musste beatmet werden, wie lange?
  - Ikterus (Gelbsucht), wie lange?
  - anderes:
  - Apgar-Wert:  /  /

Entlassung aus dem Krankenhaus: nach  Tagen/Wochen

## SÄUGLINGSZEIT

Wurde gestillt?  ja: wie lange?

nein: gab es Gründe?

Was war Ihr Kind für ein Säugling?

- ruhig
- lebhaft
- sehr viel geschrien
- häufige Koliken
- anderes:

Schlaf des Säuglings:

- normal
- Probleme:
- schwierig bis zum Alter:
- schläft bis heute im Bett der Eltern: wie oft?

Mochte Ihr Kind Körperkontakt?  normal (suchte Trost bei den Eltern, kuschelte gerne etc.)

Auffälligkeiten:

Mein Kind hat typisches Säuglings-Lächeln gezeigt:  ja  nein

Wie alt war Ihr Kind, als es begann zu Laufen?  Monate

Wie alt war Ihr Kind, als es begann erste Worte zu Sprechen?  Monate

## KLEINKINDZEIT

Wann brauchte Ihr Kind keine Windel mehr? Wann war Ihr Kind sauber?

▶ tagsüber im Alter von

▶ nachts im Alter von

Hatte Ihr Kind ein Trotzalter/eine Trotzphase (üblicherweise zwischen 2 ½ und 5 Jahren)?

Mein Kind war im Kindergarten:  ja, im Alter von [ ]  
 nein  
 anderes: [ ]

Konnte sich Ihr Kind gut von Ihnen trennen? [ ]

Hat Ihr Kind normal Kontakt zu den ErzieherInnen und anderen Kindern aufgenommen oder gab es Probleme? [ ]

Hat Ihr Kind gerne im Kindergartenalter gemalt?  
[ ]

Hat Ihr Kind gerne im Kindergartenalter gebastelt?  
[ ]

War Ihr Kind im Kindergarten im Stuhlkreis auffällig?  
[ ]

Gab es Einbrüche und Rückschritte in den ersten Lebensjahren bis zur Einschulung?  
[ ]

## (GRUND-)SCHULZEIT

Mein Kind wurde mit [ ] Jahren eingeschult.

Es hat sich auf die Schule gefreut  ja  nein

Gab es im Verlauf der Grundschulzeit Schwierigkeiten?  
[ ]

## AKTUELLE SCHULISCHE SITUATION

Aktuelle Klasse: [ ] Schule: [ ]

Schuljahr wiederholt: [ ]

Schulwechsel (welche Schulen/wann/Klasse?)  
[ ]

Anzahl der Mitschüler in der Klasse: [ ]

Name des Klassenlehrers/der Klassenlehrerin: [ ]

Ganztagsunterricht/Betreuung/OGS/wie lange Schule? [ ]

Sozialverhalten/Kontakte in der Schule:

- alleine/eher einzeln
- wird geärgert
- Angst vor Mitschülern
- ärgert andere
- hat einige Freunde
- hat viele Freunde, ist beliebt
- steht gerne im Mittelpunkt, dominant, Klassen-Clown
- respektlos gegenüber Lehrern, verweigert sich oder missachtet Regeln
- anderes: [ ]

Notenschnitt/letztes Zeugnis: \_\_\_\_\_

Mündliche Mitarbeit:

- engagiert
- nur auf Aufforderung des Lehrers/der Lehrerin
- still/ängstlich
- passt nicht auf/träumt/hört nicht zu
- wechselnd, nach Lustprinzip
- Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Lieblingsfächer: \_\_\_\_\_

„Hassfächer“: \_\_\_\_\_

Wie lange braucht er/sie durchschnittlich für die Hausaufgaben? Macht er/sie diese selbständig? Fängt er/sie alleine an? Muss jemand daneben sitzen und anleiten? Macht er/sie sie vollständig?

\_\_\_\_\_

Nachhilfe in den Fächern: \_\_\_\_\_

## FREIZEIT/ZUHAUSE

Hobbys, Lieblingsbeschäftigungen, Vereine des Kindes/Jugendlichen:

\_\_\_\_\_

Wie oft verabredet sich Ihr Sohn/Ihre Tochter? \_\_\_\_\_

TV/Playstation/Nintendo/Laptop usw.: \_\_\_\_\_

Stunden pro Tag;  internetfähiges Handy

Taschengeld: \_\_\_\_\_ pro Woche/pro Monat

Wofür wird dieses Geld ausgegeben? \_\_\_\_\_

Gibt es Probleme/Streitpunkte hinsichtlich Körperhygiene? \_\_\_\_\_

Ist er/sie zuverlässig, können Sie sich auf ihn/sie verlassen? \_\_\_\_\_

Hält er/sie sich an Regeln/Vereinbarungen/Absprachen? \_\_\_\_\_

Ist er/sie pünktlich? \_\_\_\_\_

Mein Sohn/Meine Tochter hat Aufgaben zu Hause:

\_\_\_\_\_

- regelmäßig zu erledigen
- nur auf Nachfrage/Bitten
- hilft selbstständig, übernimmt von sich aus Tätigkeiten
- erledigt Aufgaben nur widerwillig
- erledigt Aufgaben unzuverlässig oder gar nicht

## VORGESCHICHTE

Bei einer Tochter: hat sie bereits ihre Menarche, bzw. ab welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre

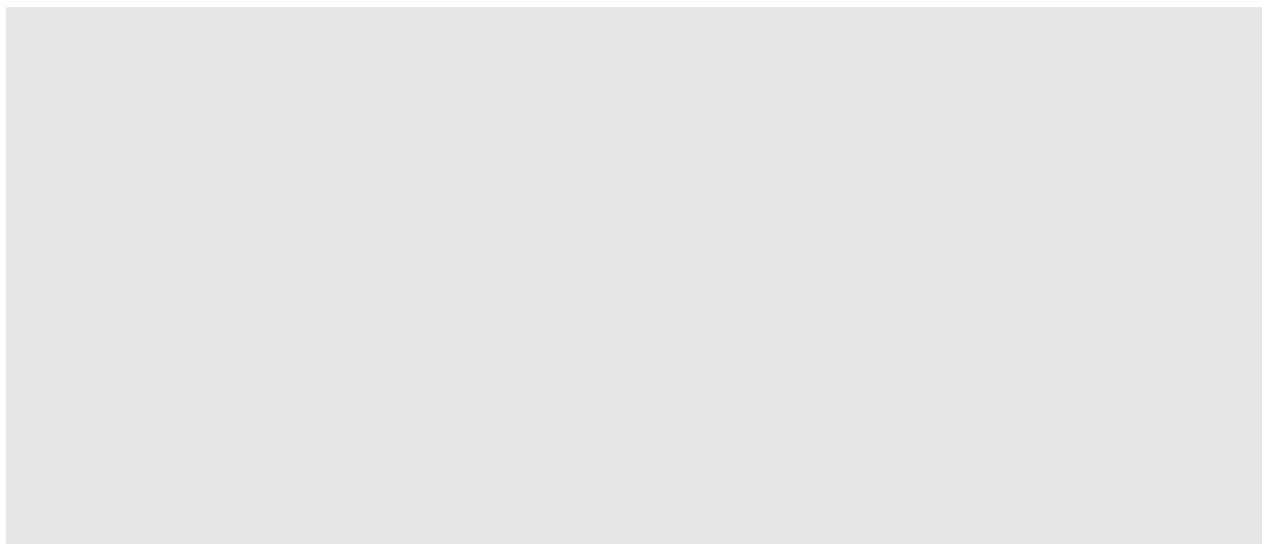
Mir ist/sind Alkohol-/Cannabis-/Drogen-Gebrauch meines Sohnes/meiner Tochter bekannt (Art und Häufigkeit): \_\_\_\_\_

Mein Sohn/Meine Tochter hat sich schon mal vorsätzlich selbst verletzt oder Schaden zugefügt (Art, Häufigkeit, Zeitraum): \_\_\_\_\_

Mein Sohn/Meine Tochter hat schon mal geäußert, nicht mehr leben zu wollen oder einen Suizidversuch unternommen: \_\_\_\_\_

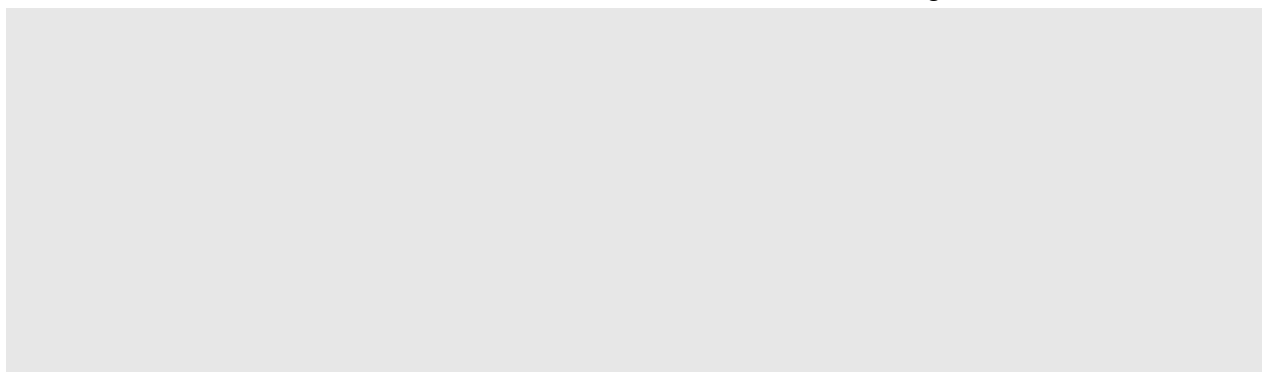
**Krankheiten und Behandlungen:**

(Asthma, Allergien, Neurodermitis, Erkrankungen, Knochenbrüche/schwere Verletzungen, Operationen, psychische Probleme, Rechen-/Lese-Rechtschreibschwäche, Ergo- oder Logopädie, Hilfen durch Beratungsstelle/Jugendamt/ Schulpsychologen/Neurologe/Psychiater, usw.) Datum/  
Zeitraum                      was?                                      gegebenenfalls wie/durch wen behandelt?

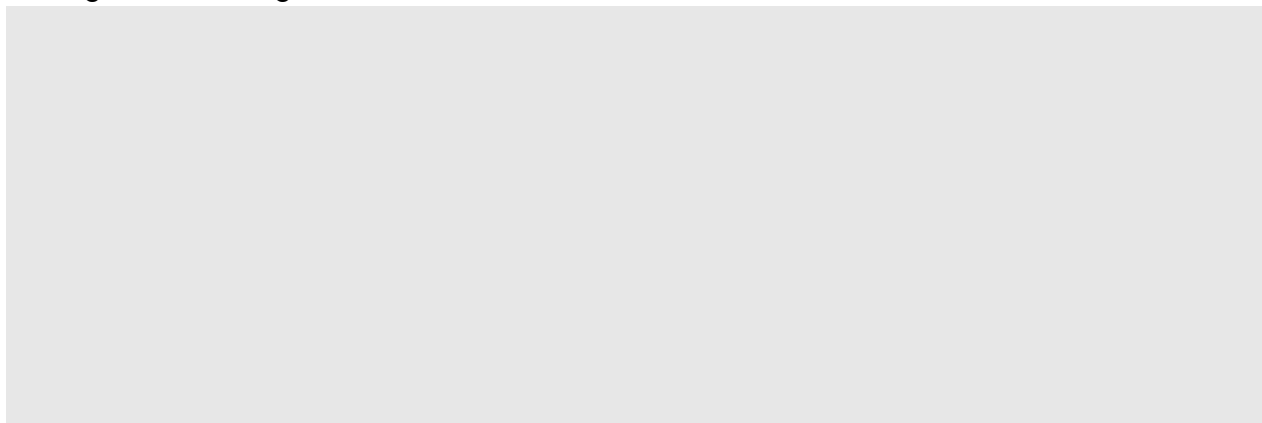


**Bedingungen/Aspekte, die Einfluss auf den Patienten/die Patientin haben könnten:**

(familiäre Belastungen, Erkrankungen von Familienmitgliedern, psychische Probleme bei Familienmitgliedern, Geldsorgen, Arbeitslosigkeit, Alkoholismus oder hoher Alkoholkonsum, Süchte, Gewalt, einschneidende Erlebnisse und Vorfälle, Umzug, Verluste, Todesfälle usw.  
- zudem: kennen Sie die Auffälligkeiten Ihres Sohnes/Ihrer Tochter aus Ihrer eigenen Kindheit oder sind ähnliche Probleme oder Parallelen bei Familienmitgliedern bekannt?)



**Sonstiges/Anmerkungen:**



Dieser Bogen wurde ausgefüllt von:

