

Anamnestischer Elternfragebogen

Datum:

Sehr geehrte Eltern,

der Fragebogen soll helfen, die möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen zu verstehen und einordnen zu können. Er soll Grundlage dafür schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen. Außerdem hilft uns ein solcher Fragebogen, Zeit und ein von vielen als lästig empfundenes Abfragen zu ersparen. Trotz des recht großen Umfangs des Fragebogens möchten wir Sie daher bitten, alle Fragen sorgfältig und gewissenhaft zu beantworten. Wir werden auf jeden Fall noch hinreichend Zeit für ein vertiefendes, persönliches Gespräch haben.

Bei den meisten der folgenden Fragen brauchen Sie nur *Ja* oder *Nein* oder das Zutreffende ankreuzen, indem Sie das Zutreffende unterstreichen.

Beispiel:

Sind Sie berufstätig? Ja/Nein

Wenn nein, dann bitte *Nein* unterstreichen Ja/Nein

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

1. Basisinformationen

1.1. Problematik

- Wurde Ihr Kind schon einmal wegen der momentanen Problematik vorgestellt (z. B. Erziehungsberatung, Arzt, Krankenhaus, Psycholog*In)? Wenn ja, wann und wo?

.....

.....

.....

- Schildern Sie bitte die Gründe der jetzigen Vorstellung Ihres Kindes:

.....

.....

.....

1.2. Bitte geben Sie eine kurze Beschreibung Ihres Kindes

- Was gefällt Ihnen an ihr/ihm besonders?

.....

.....

.....

.....

Was mögen Sie an ihr/ihm nicht so richtig?

.....

.....

.....

.....

2. Familienanamnese

1.3. Leibliche Mutter des Kindes

- Vor- und Nachname:
- Geburtsdatum: Geburtsort:
- Nationalität:
- Religionszugehörigkeit/Konfession:
- Schule-/Berufsausbildung:

- Jetziger Beruf:
- Arbeitszeiten:
- Schwere Erkrankungen:
- Eltern der leiblichen Mutter
 - **Mutter:** Alter: Beruf:
schwere Erkrankungen:
 - **Vater:** Alter: Beruf:
schwere Erkrankungen:
- **Geschwister der leiblichen Mutter** (Alter, ggf. schwere Erkrankungen)
.....
.....
.....
- War die leibliche Mutter im ersten Jahr nach der Geburt des Kindes berufstätig? Wenn ja,
 - Wieviele Stunden pro Woche?
 - Wer betreute das Kind während der Arbeitszeit?
.....

1.4. Leiblicher Vater des Kindes

- Vor- und Nachname:
- Geburtsdatum: Geburtsort:
- Nationalität:
- Religionszugehörigkeit/Konfession:
- Schule-/Berufsausbildung:
- Jetziger Beruf:
- Arbeitszeiten:
- Schwere Erkrankungen:
- Eltern des leiblichen Vaters
 - **Mutter:** Alter: Beruf:
▪ schwere Erkrankungen:
 - **Vater:** Alter: Beruf:
▪ schwere Erkrankungen:
- **Geschwister des leiblichen Vaters** (Alter, ggf. schwere Erkrankungen)
.....
.....

.....
.....
.....

1.5. Adoptiv-, Pflege oder Stiefeltern

– Adoptivmutter/ Pflegemutter/ Stiefmutter

Vor-und Nachname

Geburtsdatum

Nationalität

Schul-/ Berufsausbildung

Jetziger Beruf

Schwere Erkrankungen

– Adoptivvater/ Pflegevater/ Stiefvater

Vor-und Nachname

Geburtsdatum

Nationalität

Schul-/ Berufsausbildung

Jetziger Beruf

Schwere Erkrankungen

1.6. Familienstand der Eltern

– Partnerschaftsstatus der leiblichen Eltern

☐ nicht-eheliche Partnerschaft	Seit wann?
☐ verheiratet	Datum Eheschließung:
☐ getrennt lebend	Seit wann?
☐ geschieden	Datum der Scheidung:
☐ verwitwet	Seit wann?

– Ggf. neue Partnerschaft von geschiedenen/ getrennten/ verwitweten Eltern

☐ Mutter	Seit wann?	Verheiratet?	☐ ja	☐ nein
☐ Vater	Seit wann?	Verheiratet?	☐ ja	☐ nein

– Bei Heirat der Eltern, wie harmonisch schätzen sie die Ehe der Eltern ein?

Starke Disharmonie	☐	☐	☐	☐	☐	fast föllige Harmonie und
	1	2	3	4	5	Übereinstimmung

- Welche Anlässe gibt es für Streitigkeiten zwischen den Eltern?

.....

.....

.....

.....

.....

1.7. Weitere Familienmitglieder

- Geschwister des Kindes

Ergänzen Sie bitte entsprechend dem folgenden Beispiel die Angaben zu Geschwistern und Stiefgeschwistern. Bei Stiefgeschwistern bitte ein „S“ vor den Vornamen schreiben.

Vorname (n)	Geburtsdatum	Schulart	Einschulalter	Klassenwiederholungen	Berufsausbildung	Wohnt zuhause?
Bsp. 1. Kind: Ulrich	01.05.06	Grund-	6 J.	1 x	----	ja
1. Kind:						
2. Kind:						
3. Kind:						
4. Kind:						
5. Kind:						
6. Kind:						

- Traten bei den Geschwistern Ihres Kindes schwere Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten und/ oder Entwicklungsstörungen auf? Wenn ja, welche? (Bitte Namen der Geschwister angeben)

.....

.....

.....

- Wie ist das Verhältnis Ihres Kindes zu seinen Geschwistern? Gibt es Schwierigkeiten?

.....

.....

.....

3.6. Wohnsituation

- Hauptwohntort der Familie (auch Stadtteil):
- Wie oft sind Sie seit der Geburt Ihres Kindes umgezogen?

– **Aktuelle Wohnsituation**

☐ Wohnung ☐ Haus ☐ Sonstiges

– **Anzahl der Zimmer (ohne Küche und Bad):**

– **Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer?** ☐ ja ☐ nein

– **Wer lebt außer Ihnen und Ihren Kindern noch in der Wohnung?**

3. Patientenvorgeschichte

3.1 Schwangerschaft

– **War Ihr Kind ein Wunschkind?** ☐ ja ☐ nein

– **Gab es Auffälligkeiten in der Schwangerschaft?** (z.B. Erbrechen, Blutungen) **Wenn ja, welche?**

.....

.....

– **Hat die Mutter während der Schwangerschaft geraucht?** ☐ ja ☐ nein

– **Hat die Mutter während der Schwangerschaft Alkohol getrunken?** ☐ ja ☐ nein

– **Gab es während der Schwangerschaft Erkrankungen, Unfälle, Operationen oder auch seelische Belastungen? Wenn ja, welche?**

.....

.....

.....

3.7. Geburt

– **Gab es Besonderheiten/Komplikationen bei der/ nach der Geburt Ihres Kindes? Wenn ja, welche?**

.....

.....

– **War Ihr Kind eine Frühgeburt?** ☐ ja ☐ nein

– **Geburtsgewicht:** Gramm **Geburtsgröße:**.....cm

3.8. Erstes Lebensjahr Ihres Kindes

– **Wurde Ihr Kind Brustgestillt? Wenn ja, wie lange?** Wochen

– **Lag eine Trinkschwäche vor?** ☐ ja ☐ nein

– **Lagen Ernährungsstörungen vor?** ☐ ja ☐ nein

○ **Wenn ja, war deswegen ein Klinikaufenthalt notwendig?** ☐ ja ☐ nein

– **Gab es schwere Krankheiten? Wenn ja, welche?**

.....

3.9. Frühkindliche Entwicklung

- **Mit wieviel Monaten konnte Ihr Kind...**
 - ...alleine sitzen? Monate
 - ...allein stehen? Monate
 - ...allein gehen? Monate
 - ...die ersten Worte (z.B. „Mama“, „Papa“) sprechen? Monate
 - ...die ersten Zweiwortsätze (z.B. „Mama komm“) sprechen? Monate
- **Seit wann schläft Ihr Kind allein?** Monate
- **Gab es Entwicklungsverzögerungen? Wenn ja, welche?**
.....
- **Ab dem wievielten Lebensjahr hat Ihr Kind...**
 - ...tagsüber nicht mehr eingenässt/ eingekotet? Jahre
 - ...nachts nicht mehr eingenässt/ eingekotet? Jahre
- **Welche Personen waren vorwiegend an der Kinderpflege- und erziehung in den ersten Lebensjahren beteiligt?**
.....

3.10. Medizinische Faktoren

- **Wurde Ihr Kind geimpft?** ☐ ja ☐ nein
- **Wurden Operationen bei Ihrem Kind durchgeführt? Wenn ja, welche?**
.....
.....
- **Hat Ihr Kind schwere Erkrankungen durchgemacht? Wenn ja, welche?**
.....
.....
- **Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? Wenn ja, welche?**
.....
.....

3.11. Temperament Ihres Kindes

- **Bitte Stufen Sie das Temperament und das Verhalten Ihres Kindes in den ersten drei bis vier Lebensjahren ein:**
 - Motorisch unruhig, immer in Bewegung ☐ ja ☐ nein
 - Sehr ruhig, bewegungsarm ☐ ja ☐ nein
 - Gehemmt, unsicher ☐ ja ☐ nein
 - Unselbstständig, suchte viel Nähe der Bezugsperson ☐ ja ☐ nein
 - Suchte viel Körperkontakt ☐ ja ☐ nein
 - Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebensbedürftig ☐ ja ☐ nein

- Ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden ☐ ja ☐ nein
- Eifersüchtig ☐ ja ☐ nein
- Häufig kränkelnd ☐ ja ☐ nein
- Wenig spielfreudig, musste immer angeleitet werden ☐ ja ☐ nein
- Ordnet und sortiert Dinge ☐ ja ☐ nein
- Andere Auffälligkeiten:
.....

3.12. Erziehung

- Wie loben Sie Ihr Kind?

.....
.....

- Wie strafen Sie Ihr Kind?

.....
.....

- Zu welchen häuslichen Pflichten und Arbeiten wird Ihr Kind herangezogen

.....
.....

3.13. Kindergarten

- Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? ☐ ja ☐ nein

- Falls ja,

- Eintritt in den Kindergarten mit Jahren
- Hatte Ihr Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten? ☐ ja ☐ nein
- Wurden von den Kindergärtner*Innen oder von Ihnen auffällige Verhaltensweisen Ihres Kindes im Kindergarten beobachtet? Wenn ja, welche?
.....
.....

3.14. Schule

- Mit wieviel Jahren wurde Ihr Kind eingeschult? Jahren

- Hatte Ihr Kind starke Eingewöhnungsschwierigkeiten?

- Wie würden sie das Verhältnis Ihres Kindes zu seinen Mitschüler*Innen beschreiben?

☐ gut ☐ mäßig ☐ ausreichend ☐ schlecht

- Wie würden sie das Verhältnis ihres Kindes zu seinen Lehrer*Innen beschreiben?

☐ gut ☐ mäßig ☐ ausreichend ☐ schlecht

- Gibt/ Gab es Auffälligkeiten im Schulalltag? Wenn ja, welche? (z.B. Rechenschwäche, Leistungsverweigerung, Schuleschwänzen usw.)
.....

.....

3.15. Freizeit

- Ihr Kind ist lieber...

☐ ...mit sich allein

☐ ...mit gleichaltrigen Kindern zusammen

☐ ...mit jüngeren Kindern zusammen

☐ ...mit älteren Kindern zusammen

- Hat Ihr Kind Freunde? Wie geht er mit ihnen um?

.....

.....

.....

- Gibt/ Gab es Auffälligkeiten beim Spielverhalten (z.B. er/sie kann nicht verlieren, hält sich nicht an Regeln)

.....

.....

.....

- Welche Hobbies hat Ihr Kind?

.....

.....

.....

3.16. Trennung von den Eltern

- Bitte geben Sie in der folgenden Tabelle an, wann Ihr Kind von welchem Elternteil getrennt war (z.B. wegen Heim-, Internats-, oder Krankenhausaufenthalten)

Trennung von	...der Mutter	...dem Vater	Anlass/ Grund
1. Lebensjahr			
2.- 4. Lebensjahr			
5.- 9. Lebensjahr			
Ab 10. Lebensjahr			

3.17. Was ist Ihnen noch wichtig mitzuteilen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- ☐ der Mutter
- ☐ dem Vater
- ☐ einer anderen Person:

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift