

D E N N I S R A P P

PSYCHOTHERAPIE
COACHING

Elternfragebogen

Datum:.....

(Psychotherapie bei Kindern, Jugendlichen, junge Erwachsenen)

Ihre Angaben fallen unter die Schweigepflicht und werden streng vertraulich behandelt!

Bitte bemühen Sie sich, den Fragebogen ausführlich und gründlich auszufüllen. Er wird nach unserem Gespräch ausgewertet und dient dazu, Ihre jetzige Situation und Befindlichkeit richtig einschätzen zu können und ggf. die notwendigen psychotherapeutischen Maßnahmen für Ihr Kind einzuleiten.

Der Fragebogen ist sehr umfangreich und enthält viele Inhalte, die auf Ihr Kind nicht zutreffen. Bitte füllen Sie ihn in Ihrem eigenen Interesse trotzdem möglichst vollständig und ehrlich aus. Er erspart viel wertvolle Therapiezeit, die ich sinnvoller mit der Arbeit mit Ihrem Kind nutzen möchte. Vielen Dank!

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an.

Angaben zum Kind / Jugendlichen / jungen Erwachsenen:

Name / Vorname:

Geburtsdatum: evtl. Geburtsname:

Strasse / Hausnummer:

Postleitzahl / Wohnort:

Lebt bei: Mutter Vater Oma/Opa Heim sonstiges:

Telefon privat: Arbeit / Handy:

Krankenkasse eMail:

Versicherter (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Was führt Sie zu mir?

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

Wie sind Sie auf meine Praxis aufmerksam geworden?

.....
.....

* Schwierige oder unangenehme Fragen können Sie mit einem Fragezeichen versehen und wir können darüber sprechen!!!

Zuweisender Arzt / zuweisende Stelle:

- Kinderarzt / Name: Strasse, Hausnummer:
..... Postleitzahl, Ort:
..... Telefon:
- Kinder - und Jugendpsychiater / Strasse, Hausnummer:
Name: Postleitzahl, Ort:
..... Telefon:
- Schule / Lehrer(in) / Name:
- Eigenes Interesse (Familie)
- Sonstige / wer?

Welche Sorgen und Probleme haben Sie aktuell mit ihrem Kind?

(Wichtigste Symptome? Seit wann bestehen sie?)

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

In welchen Lebensbereichen zeigen sich die o.g. Probleme?

- Kindergarten / Schule Arbeitsplatz zuhause im Kontakt mit anderen
 Sport Freizeit Sonstige:.....

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängste, wovor? | <input type="checkbox"/> Autoaggressives Verhalten (Ritzen,...) |
| <input type="checkbox"/> Panikattacken | <input type="checkbox"/> Enkopresis (Einkoten) |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna (Einnässen nachts) |
| <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch(e) | <input type="checkbox"/> Enuresis diurna (Einnässen tags) |
| <input type="checkbox"/> Sozialer Rückzug, Einzelgänger | <input type="checkbox"/> Sprechstörung (Lispeln, Stottern,...) |
| <input type="checkbox"/> Zwangsgedanken, -handlungen | <input type="checkbox"/> Fäkalsprache |
| <input type="checkbox"/> Essstörungen | <input type="checkbox"/> Schule schwänzen |
| <input type="checkbox"/> Überangepasstes Verhalten | <input type="checkbox"/> „Schwindeln“, um unangenehmen
Dingen aus dem Weg zu gehen |
| <input type="checkbox"/> Regressionstendenzen | |

Auffälliges Sexualverhalten:

- sexistische Sprache
 autoerotische Ersatzhandlungen
 übermäßige Freizügigkeit
 Imitieren sexueller Handlungen
 andere zu sexuellen Handlungen zwingen
 Sonstiges:

Süchtiges Verhalten:

- TV Computer Spielkonsole
 Internet Automaten Spiele, Casino
 Shopping Sport
 Sonstiges:

Drogenkonsum, was?

- Zigaretten Alkohol
 Marijuana, Haschisch, Cannabis
 Amphetamine (Speed, Meth) Kokain/Crack
 Ecstasy/MDMA Opiate, Heroin LSD
 Benzodiazepine (z.B. Valium, Diazepam)
 Barbiturate Schnüffelstoffe
 Sonstiges:.....

Konflikte mit dem Gesetz, was?

- Weglaufen (über Nacht), Streunen
 Zündeln Brandstiftung
 Beschädigung fremden Eigentums
 Körperverletzung
 Waffengebrauch (z.B. Messer,...)
 Diebstahl
 Einbruch (z.B. Autos, Gebäude,...)
 Tierquälerei
 Drogenhandel
 Sonstiges:

Bisherige Behandlungen (z.B. Diagnostik, Therapie, Beratung):

Was ?	Bei wem?	Wann?
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle:		
<input type="checkbox"/> Schulpsychologischer Dienst:		
<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum:		
<input type="checkbox"/> Kinderneurologie:		
<input type="checkbox"/> Kinder -/Jugendpsychiatrie:		
<input type="checkbox"/> Psychotherapie:		
<input type="checkbox"/> Verhaltenstherapie	<input type="checkbox"/> analytische Spieltherapie	<input type="checkbox"/> Familientherapie
<input type="checkbox"/> Elterntraining:		
<input type="checkbox"/> Frühförderung:		
<input type="checkbox"/> Legasthenie	<input type="checkbox"/> Dyskalkulie -Training:	
<input type="checkbox"/> Heilpädagogik:		
<input type="checkbox"/> Reittherapie:		
<input type="checkbox"/> Musiktherapie:		
<input type="checkbox"/> Kunsttherapie:		
<input type="checkbox"/> Logopädie:		
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Psychomotorik:	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik:		
<input type="checkbox"/> Homöopathie:		
<input type="checkbox"/> Ernährungsumstellung:		
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Wurde bisher eine Behörde eingeschaltet? Nein Ja, welche?

Jugendamt (z.B. Hilfe zur Erziehung, Familienhilfe,...)
 Sozialamt
 Amtsgericht (z.B. Vormundschaft,...)
 Sonstige:

Welche Schule / welchen Kindergarten / besucht Ihr Kind aktuell?

Vor - Grund - Förder - Haupt - Realschule Gymnasium
Name:
Strasse / Hausnummer:
Postleitzahl / Ort:
Telefon:
Klasse: Klassenlehrer(in):
Klassenwiederholung: Nein Ja, welche Klasse(n)?:

Bildungsgang

Kindergarten:	von:.....	Auffälligkeiten:
Name:	bis:.....	.....
.....	<input type="checkbox"/> ...vormittags	.....
Ort:	<input type="checkbox"/> nachmittags	<input type="checkbox"/> keine
.....	<input type="checkbox"/> ganztags	<input type="checkbox"/> verspätete Einschulung
Schulkindergarten:	von:.....	Anlass:
Ort:	bis:.....	.....
.....	

Einschulung: Alter? Freute sich das Kind auf die Schule? Ja Nein

Grundschule: von:..... Auffälligkeiten:
Name: bis:.....
.....
Ort:
..... keine

Weiterführende Schule: von:..... Auffälligkeiten:
Name: bis:.....
.....
Ort:
..... keine

Außerordentliche Schulwechsel: Nein Ja, weshalb?
 leistungsbedingt?
 verhaltensbedingt?
 Sonstiges:.....

Orientierende Praktika: wann? Auffälligkeiten:
Firma / Betrieb:
.....
Ort:
..... keine

Ausbildung: von:..... Auffälligkeiten:
Beruf: bis:.....
.....
Firma:
.....
Ort: keine

Das letzte Zeugnis: Kopie liegt bei

Fach	Note	Fach	Note	Fach	Note
Verhalten	Erdkunde	.....	Biologie	.....
Mitarbeit	Geschichte	.....	Chemie	.....
Deutsch	Gmk	.....	Physik	.....
Mathematik	Musik	.....	Politik	.....
Englisch	Religion	.....	Technik	.....
Französisch	Sport	.....	HUS	.....
Latein	BK / TW	.....	Sonstiges:	.....

Lieblingsfächer:
„Hassfächer“:

Familiäre Situation:

Familienstand der Eltern:

zusammen lebend seit: verwitwet seit:
 verheiratet seit: wiederverheiratet seit:
 getrennt lebend seit: erneut getrennt lebend seit:
 geschieden seit: erneut geschieden seit:
Sorgerecht: gemeinsam geteilt
Umgangsrecht (wie geregelt?):

Angaben zur Familie:

Angaben zum Vater: leiblich Pflegevater Adoptivvater Stiefvater

Name / Vorname / Geburtsname:

Geburtsdatum: Konfession/gläubig:

Strasse / Hausnummer: siehe oben

Postleitzahl / Wohnort: siehe oben

Telefon privat: dienstlich / Handy:

Beruf: Vollzeit Teilzeit (%)

Schulabschluss: Ausbildung:

Angaben zur Mutter: leiblich Pflegemutter Adoptivmutter Stiefmutter

Name / Vorname / Geburtsname:

Geburtsdatum: Konfession/gläubig:

Strasse / Hausnummer: siehe oben

Postleitzahl / Wohnort: siehe oben

Telefon privat: dienstlich / Handy:

Beruf: Vollzeit Teilzeit (%)

Schulabschluss: Ausbildung:

Geschwister:

Verstorbene Kinder: (Name / Alter / wann?)

Name / Geburtsdatum:

Schule: Klasse:

Entwicklung:

Name / Geburtsdatum:

Schule: Klasse:

Entwicklung:

Name / Geburtsdatum:

Schule: Klasse:

Entwicklung:

Name / Geburtsdatum:

Schule: Klasse:

Entwicklung:

Wohnsituation:

Wir wohnen seit der Geburt des Kindes in der gleichen Wohnung

Wir sind umgezogen und haben vorher

von:..... bis:..... in gewohnt.

von:..... bis:..... in gewohnt.

von:..... bis:..... in gewohnt.

Trennung von den Eltern:

Nein

Ja, z.B. wegen Krankenhaus-, Heim-, oder Internatsaufenthalt

von:..... bis:..... weshalb:

von:..... bis:..... weshalb:

Von wem wurde das Kind / der Jugendliche vorwiegend erzogen?

- von beiden Elternteilen
- von der Mutter
- vom Vater
- von den Großeltern
- Sonstige:

Welchen Erziehungsstil praktiziere(n) die Hauptbezugsperson(en):

- streng
- konsequent
- impulsiv
- antiautoritär
- kumpelhaft
- an den Bedürfnissen des Kindes orientiert
- Sonstiges:
- Vater und Mutter unterscheiden sich im Erziehungsstil hinsichtlich folgender Erziehungsmaßnahmen und -haltungen:.....
-
-

Nötige Erziehungsmaßnahmen / Sanktionen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> wenig, da erzieherisch gut erreichbar | <input type="checkbox"/> „Standpauke“ |
| <input type="checkbox"/> klärendes Gespräch | <input type="checkbox"/> „Strafarbeiten“ |
| <input type="checkbox"/> Nichtbeachtung | <input type="checkbox"/> Taschengeld -/ TV -/ PC - Entzug |
| <input type="checkbox"/> Hausarrest | <input type="checkbox"/> Drohungen |
| <input type="checkbox"/> Ohrfeige, Klaps auf den Po | <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... |
| <input type="checkbox"/> Einsperren | ..... |

Wie ist die Beziehung zwischen ... Mutter und Kind?

- besonders eng und herzlich
- ausgeglichen
- gespannt
- sonstiges:

Vater und Kind?

- besonders eng und herzlich
- ausgeglichen
- gespannt
- sonstiges:

Großeltern und Kind?

- besonders eng und herzlich
- ausgeglichen
- gespannt
- sonstiges:

einer weiteren wichtigen Bezugsperson (.....) und dem Kind?

- besonders eng und herzlich
- ausgeglichen
- gespannt

den Geschwistern und dem Kind?

- besonders eng und herzlich
- ausgeglichen

Gibt es besondere Spannungen oder Probleme zwischen den Geschwistern ? (z.B. ausgeprägte Geschwisterrivalität,...)

.....

.....

.....

Finanzlage der Familie:

- keine finanziellen Belastungen / Sorgen
- knapp / noch ausreichend
- sehr angespannt, Arbeitslosigkeit, HARTZ -IV

Familienanamnese:

Schwere / chronische Erkrankungen in der Familie: (Wer? Seit wann?)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Psychosen |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | <input type="checkbox"/> Selbstmord / Selbstmordversuche |
| <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen (Alkohol,...) | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Depressionen | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Angststörungen | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeits - /Aktivitätsstörungen | <input type="checkbox"/> Magen-Darm-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Geistige / Körperbehinderungen | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Tod einer für das Kind / den Jugendlichen wichtigen Bezugsperson, wer? | |

Körperlicher Befund des Kindes / Jugendlichen:

(Kinder -)Krankheiten (in welchem Alter?):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Windpocken | <input type="checkbox"/> Gelbsucht | <input type="checkbox"/> Pseudo-Krupp |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Meningitis, Enzephalitis | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündungen | <input type="checkbox"/> Allergien, welche?..... |
| <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> häufige Atemwegsinfekte | ..... |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie / intoleranz, welche? | | |
| <input type="checkbox"/> Fieberkrampf | <input type="checkbox"/> Affektkrampf | <input type="checkbox"/> Epilepsie, welche? |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Phenylketonurie |
| <input type="checkbox"/> Hirnstromkurve (EEG), wann? | Befund? | |
| <input type="checkbox"/> Bildgebende Verfahren (MRT,CT), wann ? | Befund? | |
| <input type="checkbox"/> letzte Blutuntersuchung, wann? | Befund? | |
| <input type="checkbox"/> Komplikationen bei einer Erkrankung: | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

Gesundheitszustand aktuell:

Aktuelles Körpergewicht: kg Aktuelle Körpergröße:cm

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> guter / | <input type="checkbox"/> eher schlechter | allgemeiner Gesundheitszustand | |
| <input type="checkbox"/> geringe / | <input type="checkbox"/> eher hohe | Infektanfälligkeit | |
| <input type="checkbox"/> gute / | <input type="checkbox"/> eher schlechte | Kraft | |
| <input type="checkbox"/> gute / | <input type="checkbox"/> eher schlechte | Ausdauer | |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen: seit? wie oft?..... | | | |
| Situation?..... | | | |
| <input type="checkbox"/> Migräne: seit? .....wie oft?..... | | | |
| Situation?..... | | | |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen: seit? .....wie oft? | | | |
| Situat..... | | | |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsprobleme, Verstopfung | <input type="checkbox"/> Durchfälle | <input type="checkbox"/> Süßigkeitengier | |
| <input type="checkbox"/> Wetterfühligkeit | <input type="checkbox"/> Mondfühligkeit | <input type="checkbox"/> Elektromogempfindlichkeit | |
| <input type="checkbox"/> Brille: | <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit | <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit | <input type="checkbox"/> Winkelfehlsichtigkeit |
| Stärke re.:..... | Stärke li.:..... | <input type="checkbox"/> Astigmatismus (Hornhautverkrümmung) | |
| Letzte augenärztliche Kontrolle bei Dr. wann?..... | | | |
| Befund?: | | | |

Schwerhörigkeit rechts links
Letzte ohrenärztliche Kontrolle bei Dr. wann?.....
Befund?:

- Fehlhörigkeit (akustische Wahrnehmungsverarbeitungsstörung)
 - Ohnmachtsanfälle Schwindelanfälle Herzklopfen, Herzrasen
 - Plötzliches Erröten Plötzliche Atemnot
 - Nervosität Zittern
 - Tic -Störungen (z.B. Zwinker - / Räuspertic, Tourette- Syndrom)
 - Übermäßiges Schwitzen
 - Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Frühes Erwachen, wann?
 - Alpträume sehr unruhiges Schlafverhalten Sprechen/Schreien im Schlaf
 - Schlafwandeln
 - Nägelkauen
 - Daumenlutschen
 - Nasebohren
 - Haare drehen
 - Appetitstörungen auffälliges Essverhalten, was?.....
-

Chirurgische Operationen:

- Rachenmandeln (Adenotomie) Paukendrainage
 - Gaumenmandeln (Tonsillektomie) Blinddarm
 - Sonstiges:
 - Ungewöhnliche Reaktionen auf Narkosemittel:.....
-

Krankenhausaufenthalte: (wann? wo? weshalb?)

.....

.....

Unfälle: (welche? in welchem Alter?)

- Platzwunde(n) am Kopf:
- Schädelunfälle:
- Verbrennungen:
- Bruchverletzungen:
- Vergiftungen:
- Sonstige:

Medikamente: Nein Ja, welche?

Präparate: Seit wann? Einnahmezeiten?
.....
.....

Ungewöhnliche Reaktionen auf Medikamente?

.....

.....

Bald haben Sie es geschafft, nur noch 5 Seiten.

Entwicklung des Kindes / Jugendlichen:

Schwangerschaftsverlauf: unauffällig

Risikofaktoren / Komplikationen während der Schwangerschaft durch:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rauchen (wieviel/Tag?) | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen (Medikamente?) |
| <input type="checkbox"/> Alkohol (wieviel/Tag?) | <input type="checkbox"/> Blutungen |
| <input type="checkbox"/> Drogen (was?) | <input type="checkbox"/> außergewöhnliche Belastungen |
| <input type="checkbox"/> chronische Erkrankung (welche?) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Verfassung der Mutter während der Schwangerschaft:

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

Geburtsverlauf: unauffällig

Geburtskomplikationen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> „Wehentropf“ (Einleitung der Geburt) | (vgl. Vorsorgeuntersuchungsheft) |
| <input type="checkbox"/> vorzeitiger Blasensprung | <input type="checkbox"/> Periduralanästhesie |
| <input type="checkbox"/> Saugglocke | <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel unter/nach d. Geburt |
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt | <input type="checkbox"/> Atemstillstand |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> Schlechte Herztöne |
| <input type="checkbox"/> Lange Geburtsdauer (Stunden?) | <input type="checkbox"/> Medikamente? Was?..... |

Fehlgeburten? Nein Ja, wann?

Sonstiges :
.....
.....

zum Termin zu früh, um Tage zu spät, um Tage

Geburtsgewicht:

Kopfumfang:

Körpergröße:

Säuglingsalter: Schwierigkeiten mit ...

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Häufigem Schreien, Unzufriedenheit | <input type="checkbox"/> Extremes „Fremdeln“ oder gar kein „Fremdeln“ |
| <input type="checkbox"/> Schlaf -/Wachrythmus (wenig Schlaf, sehr viel Schlaf, ...) | <input type="checkbox"/> Berührungsempfindlichkeit (z.B. beim Waschen, Eincremen, Nägelschneiden,) |
| <input type="checkbox"/> Thermoregulation (z.B. schwitzt stark, friert leicht) | <input type="checkbox"/> Starke Reizoffenheit (braucht ständig Programm) |
| <input type="checkbox"/> Essen / Trinken (z.B. leicht ablenkbar, Saugschwierigkeiten, Erbrechen, Nahrungsverweigerung,...) | <input type="checkbox"/> Hoher Muskeltonus (will früh stehen) |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten | <input type="checkbox"/> Insgesamt sehr anstrengend |
| <input type="checkbox"/> Verdauung (z.B. starke Koliken, Durchfälle, Verstopfung) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Meilensteine der Entwicklung:

Krabbeln mit Monaten

Kein Krabbeln, nur Robben

Stehen mit Halt mit Monaten

Freies Laufen mit Monaten

Tagsüber sauber mit Monaten

Nachts sauber mit Monaten

Rechts - / Links -Händigkeit

Erste sinnvolle Worte mit Monaten

Zweisprachigkeit (welche Sprachen?.....) in Wort in Schrift

Kleinkindalter: Schwierigkeiten mit ...

- motorischer Unruhe
- Hypersensibilität (z.B. gegen Fasern)
- impulsiv, kein Lernen aus Erfahrung
- leicht reizbar, Gefühlsschwankungen
- schwer lenkbar, wirkt „stur“
- Bewegungskoordination
- starkes / fehlendes Trotzen

- Essen / Trinken
- Ein -/Durchschlafen
- Weglaufen
- scheinbar aggressives Verhalten
- unübliche Ängste
- distanzloses Verhalten
- Sonstiges:
-

Kindergartenalter: Schwierigkeiten mit ...

- Stillsitzen (im Stuhlkreis, beim Essen)
- Regeln einhalten
- anderen Kindern (spielt meist alleine, abseits, beobachtet lieber, stört andere...)
- Frustrationstoleranz, Wutanfälle
- Antriebsschwierigkeiten
- Aufmerksamkeit, Konzentration
- Ablenkbarkeit durch äußere und innere Reize (z.B. Gedanken)
- keine Ausdauer beim Spielen

- Ängsten, Angst vor Neuem
- Grobmotorik (schusselig, viele Unfälle)
- Feinmotorik (Schneiden, Knöpfen, Hantieren mit Besteck, ...)
- Graphomotorik (Malen)
- Trödeln beim Anziehen, Waschen, ...
- Irritation bei gleichzeitigen Eindrücken
- benötigt intensive Betreuung
- Sonstiges:
-

Grundschulalter: Schwierigkeiten mit ...

- benötigt Nachhilfe in
- Grundrechenarten (+, -, x, :)
- Textaufgaben (überfliegt und rät dann mehr als dass er / sie rechnet)
- Lesen (zu langsam, zu schnell, oberflächlich, verschluckt Silben, ohne zu Verstehen...)
- Schreiben (Rechtschreibfehler, lässt Buchstaben und Wörter aus)
- Stillsitzen (im Unterricht, bei den Hausaufgaben)
- Aufmerksamkeit, Konzentration
- Leistungsschwankungen
- ist durch geistiges Arbeiten schnell zu ermüden (Gähnen, Augenreiben)
- Tagträumerei
- steigert sich sehr schnell in etwas hinein
- nach der Schule sehr erschöpft
- kaum Ausdauer (bringt wenig zu Ende)
- Mutlosigkeit, Niedergeschlagenheit
- Versagensängste
- Kritikempfindlichkeit, rechtfertigt sich oft, bevor die Kritik geäußert wurde
- beginnt häufig Schlägereien, verärgert andere absichtlich
- hat kaum Freunde in der Klasse

- Sprechen / Sprache (redet zuviel, unzusammenhängend, kann sich nicht spontan ausdrücken, verwechselt Buchstaben, Wortfindungsstörungen...)
- hört nicht richtig zu, missversteht Anweisungen
- streitet häufig mit Erwachsenen
- Grobmotorik (schusselig, viele Unfälle)
- Feinmotorik (z.B. Basteln)
- Graphomotorik (Malen, Schreiben)
- verkrampte Stifthaltung
- verliert viel (z.B. Füller, ...)
- Strafen (sie wirken nicht)
- motzt viel, diskutiert Anweisungen
- Impulsivität, Wutanfälle, Aufbrausen
- kann soziale Regeln nicht einhalten
- Kaspern, Clownereien, aufmerksamkeitsheischendes Verhalten
- kindlicher als Gleichaltrige
- will immer der Chef sein
- kann nicht verlieren (im Spiel)
- Gleichgültigkeit
- reagiert heftig auf Hektik oder Veränderung
- kann nicht abwarten, bis er/sie an der Reihe ist
- Sonstiges:

Kümmern Sie sich um die schulischen Angelegenheiten Ihres Kindes?

Hausaufgabenkontrolle

- häufig
- selten
- nie

Kontakt mit der Schule

- häufig
- selten
- nie

Wie lange braucht Ihr Kind in der Regel für die Hausaufgaben?h.

Verhalten bei den Hausaufgaben:.....

.....

.....

.....

Schwierigkeiten bei den Hausaufgaben:

- keine
- Vergesslichkeit
- Aufgabenverständnis
- benötigt häufig Unterstützung
- Ausdauer, Ablenkbarkeit (steht auf, ...)

- macht die Hausaufgaben nur unregelmäßig
- mangelnde Sorgfalt, Leichtsinnsfehler
- Trödeln, langsames Arbeitstempo
- Abwehr, Verweigerung
- Sonstiges:

Pubertät: Schwierigkeiten mit ...

- spät einsetzende Pubertät (.....J.)
- Gefühl der inneren Ruhelosigkeit
- kann keine Entscheidungen treffen
- Konzentrationsstörungen
- starke Leistungsschwankungen
- Leistungseinbruch, wann?
- Schulunlust, Schulverweigerung
- (drohender) Schulausschluss
- rasche Stimmungsschwankungen
- „Gefühlsabstürze“
- übermäßige Ängstlichkeit
- sozialer Rückzug

- früh einsetzende Pubertät (..... J.)
- Schlechtes Selbstmanagement (Zeit, Geld, Ordnung halten...)
- Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen
- aggressive Übergriffe
- Gerichtsverfahren wegen:
- hält sich nicht an Absprachen
- kommt deutlich zu spät nach Hause
- sehr leicht beeinflussbar
- „Sensationseeking“ (braucht „Kick“)
- Sonstiges:.....

Positive Eigenschaften:

- sonniges, freundliches Wesen
- gutes Gedächtnis für Kleinigkeiten
- in Notsituationen sehr reaktionsschnell
- bei Interesse, totale Konzentration
- guter Orientierungssinn
- Hilfsbereitschaft, Einsatzbereitschaft
- Einfühlungsvermögen, Sensibilität
- kann richtig (körperlich) schaffen
- wissbegierig, neugierig, innovativ
- hat Humor, ist witzig
- Kreativität, Phantasie, Künstler
- schauspielerisches Talent

- ausgeprägter Gerechtigkeitssinn
- spürt, wer ihm/ihr gewachsen ist und sie mag
- leicht zu begeistern
- gute Begabung, welche?
- Höchstleistungen bei Motivation/Druck
- tier -/naturlieb
- Zähigkeit, Stehaufmännchen
- charmant, freundlich, kontaktoffen
- nicht nachtragend! (bei Streit / Krach)

Was mögen Sie an ihrem Kind?.....

.....

.....

Die Familie erlebt das Kind / den Jugendlichen / jungen Erwachsenen als ...

- ausgeglichen
- labil
- kompromissbereit
- stur, starrköpfig
- kooperativ
- schwer lenkbar, eigensinnig
- reflexiv, überlegt
- impulsiv, spontan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> „schmusig“ („freiwillig“) | <input type="checkbox"/> ablehnend gegenüber Körperkontakt |
| <input type="checkbox"/> empfindsam, einfühlsam | <input type="checkbox"/> kritikempfindlich |
| <input type="checkbox"/> „hart im Nehmen“ | <input type="checkbox"/> „nah ans Wasser gebaut“, weint leicht |
| <input type="checkbox"/> gutmütig | <input type="checkbox"/> leicht reizbar, jähzornig |
| <input type="checkbox"/> schüchtern | <input type="checkbox"/> selbstsicher |
| <input type="checkbox"/> ängstlich, übervorsichtig | <input type="checkbox"/> risikofreudig, „draufgängerisch“ |
| <input type="checkbox"/> verträumt, „nicht von dieser Welt“ | <input type="checkbox"/> hat „alle Antennen auf Empfang“ |
| <input type="checkbox"/> selbständig, organisiert | <input type="checkbox"/> unselbständig, chaotisch |
| <input type="checkbox"/> hilfsbereit | <input type="checkbox"/> am eigenen Bedürfnis orientiert |
| <input type="checkbox"/> ehrgeizig, leistungsorientiert | <input type="checkbox"/> wenig initiativ, antriebsarm |
| <input type="checkbox"/> nimmt eine Herausforderung gerne an | <input type="checkbox"/> fühlt sich schnell überwältigt |
| <input type="checkbox"/> offen, ehrlich | <input type="checkbox"/> wenig transparent, verschlossen |
| <input type="checkbox"/> neugierig, kontaktfreudig | <input type="checkbox"/> zurückhaltend, introvertiert |
| <input type="checkbox"/> kommt besser mit wesentlich Jüngeren oder Älteren viel besser aus | <input type="checkbox"/> kann direkt nach einem Ereignis kaum etwas berichten |
| <input type="checkbox"/> kann die eigene Leistung (sfähigkeit) nicht adäquat einschätzen | <input type="checkbox"/> an Fehlern / Fehlverhalten sind immer die anderen schuld |
| <input type="checkbox"/> wird bei Beschwichtigungsversuchen erst richtig wütend | <input type="checkbox"/> hat bei schweren Kränkungen ein „Elefantengedächtnis“ |
| <input type="checkbox"/> Einfälle müssen sofort umgesetzt werden, kann nicht abwarten | <input type="checkbox"/> redet übermäßig viel und evtl. schnell |
| <input type="checkbox"/> Sammelleidenschaft (kann alles brauchen) | <input type="checkbox"/> starkes Autonomiebedürfnis |
| | <input type="checkbox"/> in der 1:1-Situation (alleine mit dem Kind) häufig wenig Probleme, schwierig wird`s, wenn mehrer Personen anwesend sind |

Freizeitgestaltung / Hobbies / häusliche Pflichten:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sportverein, welcher?.....
seit wann? | <input type="checkbox"/> Sonstige sportliche Aktivitäten, was?
..... |
| <input type="checkbox"/> Kinder -/Jugendgruppe | <input type="checkbox"/> Musikunterricht, Instrument? |
| <input type="checkbox"/> Pfadfinder | <input type="checkbox"/> Chor |
| <input type="checkbox"/> Jugendfeuerwehr | <input type="checkbox"/> Lesen, was?..... |
| <input type="checkbox"/> Verein: | <input type="checkbox"/> Computer / Fernsehen wie lange? |
| <input type="checkbox"/> Interesse für Tiere / Natur | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges:..... | |

Kann ihr Kind seine Freizeit sinnvoll gestalten? Ja Nein

Es verbringt die Freizeit...

- lieber alleine
- lieber mit Gleichaltrigen
- lieber mit Erwachsenen
- am liebsten mit der Familie mit

Hat ihr Kind ...

- viele Freunde
- wenige gute Freunde
- keine Freunde
- Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen, und zwar
-
-

