

Elternfragebogen (KiGA)

Liebe Eltern,
für die Behandlung Ihres Kindes ist eine Vielzahl von Informationen notwendig. Wir bitten Sie daher,
alle Fragen sorgfältig zu beantworten.

Alle Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt!
Vielen Dank für Ihre Mühe!

Bitte bringen Sie den Fragebogen am ____ / ____ / 20__ um ____ : ____ Uhr zum Gesprächstermin mit.

Ausgefüllt am: ____ / ____ / 20__

Name des Kindes: _____
Geburtsdatum: ____ / ____ / 20__ Alter: ____ Jahre
Geburtsort: _____
Geschlecht: weiblich männlich
Anschrift: _____
Telefon/Handy: _____
Nationalität: _____
Schule: Klasse: ____ Schule: _____
Überwiesen von: _____
Hausarzt/Kinderarzt: _____

I. Familie

1. Mutter des Kindes

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Alter: ____ Jahre
Ausgeübter Beruf: _____
Arbeitszeit: _____

2. Vater des Kindes

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Alter: ____ Jahre
Ausgeübter Beruf: _____
Arbeitszeit: _____

3. Familienverhältnisse

Lebt das Kind mit den leiblichen Eltern zusammen? ja nein
Wenn nein, mit wem sonst und seit wann?

Lebt sonst noch jemand mit im Haushalt? ja nein
Wenn ja, wer? (z.B. Großeltern, andere Verwandte)

Sind die Eltern des Kindes

- - verheiratet? ja, seit: _____ nein
 - - getrennt lebend // geschieden? ja, seit: _____ nein
 - - verstorben? ja, seit: _____ nein
 - - wieder verheiratet? ja, seit: _____ nein
- Falls ja: Mutter seit _____
Vater seit _____

4. Erkrankungen in der Familie

Liegen bei Eltern, Großeltern, Geschwistern oder anderen Verwandten besondere Erkrankungen vor? ja nein

Falls ja, welche:

- seelische Erkrankungen, Selbstmordversuch, Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit,
 ambulante oder stationäre nervenärztliche Behandlungen, Sonstige: _____

5. Geschwister / Halbgeschwister / Stiefgeschwister:

(bei Stief-/Halbgeschwistern schreiben sie bitte ein „S“/„H“ nach dem Vornamen).

Vorname	Alter	wohnt zuhause
1. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

6. Wohn- und Lebensverhältnisse

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ja nein
Falls nein, wo schläft das Kind? _____

II. Schwangerschaft und Geburt

Traten bei der Mutter während der Schwangerschaft und Geburt besondere Komplikationen oder Erkrankungen auf? ja nein

Falls ja, welche: _____

Geburtsgewicht und Größe des Kindes: _____ g _____ cm

Hat die Mutter während der Schwangerschaft

- Medikamente (z.B. Schmerzmittel) eingenommen? ja nein
- Alkohol getrunken? ja nein
- Geraucht? (falls ja, wie viel: _____ pro Tag) ja nein

Traten bei der Mutter während der Schwangerschaft seelische Belastungen oder Konflikte auf?
Falls ja, welche: _____

War die Befindlichkeit der Mutter nach der Geburt gestört? ja nein

Falls ja, welche: Überforderung, Erschöpfung, Angst, sonstiges: _____

III. Entwicklung des Kindes

1. Frühkindliche Entwicklung

Traten im ersten Lebensjahr Komplikationen, Krankheiten oder Besonderheiten auf? ja nein

Falls ja, welche: _____

2. Körperliche Entwicklung

Gab es Besonderheiten in der körperlichen Entwicklung? ja nein

Falls ja, welche: _____

3. Sprachentwicklung

Gab es Besonderheiten in der Sprachentwicklung? ja nein

Falls ja, welche: _____

Wird das Kind zweisprachig erzogen? ja nein

Falls ja, welche Sprachen: _____

In welcher Sprache unterhalten Sie sich mit dem Kind zu Hause hauptsächlich?

Deutsch andere Sprache: _____

4. Sauberkeitsentwicklung

Gab es Besonderheiten in der Sauberkeitsentwicklung? ja nein

Falls ja, welche: _____

5. Krankheiten

Liegen schwerwiegende Krankheiten vor? ja nein

Falls ja, welche: _____

Wurde das Kind schon einmal stationär behandelt? ja nein

Falls ja, wo, wann, wie lange: _____

Bekam das Kind längere Zeit Medikamente? ja nein

Falls ja, welche, warum und wie lange: _____

6. Bisherige medizinische Behandlungen

Wann war das Kind zuletzt beim Augenarzt?

Am ____ / ____ / 20____

Wurde dem Kind eine Brille verordnet?

ja nein

Wann war das Kind zuletzt beim HNO-Arzt?

Am ____ / ____ / 20____

Benötigt das Kind ein Hörgerät?

ja nein

7. Auffälligkeiten

Wurden bei Ihrem Kind folgende Auffälligkeiten beobachtet?

(Zutreffendes bitte ankreuzen und Alter beim ersten Auftreten angeben)

- Daumenlutschen mit ____ Jahren
- Nägelkauen mit ____ Jahren
- Einnässen mit ____ Jahren
- Einkoten mit ____ Jahren
- Essstörungen mit ____ Jahren
- Schlafstörungen mit ____ Jahren
- Nächtliches Aufschrecken mit ____ Jahren
- Traurigkeit und Weinen mit ____ Jahren
- Kopfschmerzen mit ____ Jahren
- Bauchschmerzen, Erbrechen mit ____ Jahren
- Ruckartige Körperbewegungen mit ____ Jahren
- Geräusche von sich geben mit ____ Jahren
- Lese-Rechtschreibauffälligkeiten mit ____ Jahren
- Rechenauffälligkeiten mit ____ Jahren
- Starker Trotz mit ____ Jahren
- Kann sich nicht (gut) an Regeln halten mit ____ Jahren
- Sachzerstörungen mit ____ Jahren
- Körperliche Gewalttätigkeit mit ____ Jahren
- Körperliche Unruhe mit ____ Jahren
- Konzentrationsstörungen mit ____ Jahren
- Zündeln mit ____ Jahren

- Immer im Mittelpunkt stehen wollen mit _____ Jahren
- Stehlen mit _____ Jahren
- Aufmerksamkeitsauffälligkeiten mit _____ Jahren
- Sonstiges: _____ mit _____ Jahren

IV. Kindergarten und Schule

1. Kindergarten

Besucht das Kind eine / n

Krippe / Kindergarten / Tagesstätte? ja nein

Falls ja, halbtags oder ganztags? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wurden von den Betreuern auffällige Verhaltensweisen des Kindes berichtet?

ja nein

Falls ja, welche: _____

2. Schule

Wann wird das Kind eingeschult?

Am ____ / ____ / 20____

V. Beziehungen zu anderen Personen

1. Verhältnis zu Eltern und Geschwistern

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Mutter?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“: _____

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Vater?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“: _____

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Geschwistern?

Skala 0 - 10 → 0 für „sehr schlecht“ bis 10 für „sehr gut“: _____

2. Verhältnis zu anderen Personen

Spielt das Kind lieber für sich allein / mit jüngeren Kindern / mit älteren Kindern / Gleichaltrigen / Erwachsenen? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Hat es Freunde/Freundinnen, mit denen es sich regelmäßig trifft?

ja nein

Wo trifft es sich im Allgemeinen mit seinen Freunden / Freundinnen?

VI. Erziehung

Hat Ihr Kind regelmäßig Pflichten?

ja nein

Falls ja, welche? _____

Wieviel Taschengeld bekommt Ihr Kind?

Pro Woche _____ Euro

Wer erzieht das Kind vorwiegend? _____

Sind Sie sich bei Erziehungsmaßnahmen einig?

ja nein

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern:

Bei wem lebt das Kind überwiegend? _____

Wie häufig hat es Kontakt zum anderen Elternteil (Besuchsregelung)? _____

VII. Medienkonsum

Besitzt Ihr Kind ein Handy?

ja nein

Besitzt Ihr Kind einen eigenen Fernseher in seinem Zimmer?

ja nein

Wie häufig darf das Kind fernsehen?

täglich alle 2- 3 Tage nur am Wochenende nur als Belohnung
sonstiges: _____

Wieviel Stunden am Tag darf das Kind fernsehen? ca. _____ Minuten

Besitzt Ihr Kind einen PC / Playstation etc.? ja nein

Hat Ihr Kind uneingeschränkten Zugang zum Internet? ja nein

Wieviel Zeit verbringt das Kind tägl. am PC / Playstation? ca. _____ Minuten

VIII. Interessen und Stärken

Welche besonderen Interessen, Vorlieben oder Hobbys hat das Kind?

Ist es in einem Verein oder einer Freizeitgruppe? ja nein

Welche Stärken hat Ihr Kind?

Nennen Sie drei positive Eigenschaften Ihres Kindes:

1) _____

2) _____

3) _____

IX. Problemverhalten

Welche Probleme treten im Alltag mit Ihrem Kind auf?

Welche Ursachen vermuten Sie?

Wurde das Kind wegen des Problems schon einmal
einer anderen Stelle vorgestellt? ja nein

Falls ja, wo und wann? (Falls Berichte/Ergebnisse/Briefe etc. vorliegen bitte eine Kopie mitbringen)

Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung Ihres Kindes?
