



SOZIALPSYCHIATRISCHES CENTRUM
FÜR KINDER UND JUGENDLICHE
DR. MED. RALPH MEYERS

Elternfragebogen®

Dr.med. R. Meyers

Vorstellungstermin: am _____ um _____ Uhr

bei Dr. Meyers

Name des Patienten: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Wohnort: () _____

Straße: _____ Tel.: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

besuchte Schule bzw. Kindergarten: _____

Klasse: _____ Schulform: _____

Körpergröße ____ cm Gewicht ____ kg Haus- oder Kinderarzt _____

Für eine erfolgreiche Beratung erscheint uns eine große Zahl von Informationen notwendig.
Wir wären Ihnen daher für eine sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen dankbar.

Vielen Dank für Ihre Mühe

Wir bestätigen die Richtigkeit der nachfolgenden Angaben.
Die Untersuchung des Kindes findet in beiderseitigem Einvernehmen statt.

*Wir erklären uns damit einverstanden, dass unsere Daten gemäß DS-GVO gespeichert und
verarbeitet werden dürfen.*

Ort Datum

Unterschrift **beider sorgeber**. Elternteile (Vor- und Nachname) **und** des Patienten

Nachdruck und jegliche Art der Vervielfältigung verboten

FAMILIENVERHÄLTNISSE

leiblicher Vater / Stiefvater (bitte einkreisen) Alter: _____

a) erlernter Beruf: a) _____

b) ausgeübter Beruf: b) _____
(ganztags / halbtags) bitte einkreisen

leibliche Mutter / Stiefmutter (bitte einkreisen) Alter: _____

a) erlernter Beruf: a) _____

b) ausgeübter Beruf: b) _____
(ganztags/halbtags) bitte einkreisen

Falls Geschwister vorhanden, bitte
Geschlecht u. Alter angeben

1. _____

2. _____

3. _____

Familiäre Verhältnisse: mit **wem** lebt das Kind zusammen (bitte einkreisen):

Mutter, Vater, Stiefmutter, Stiefvater, Pflegeeltern, Adoptiveltern, lebt in Wohngruppe

Die **Ursprungsfamilie** ist getrennt lebend seit _____

KÖRPERLICHE UND GEISTIGE ENTWICKLUNG

Wie verlief die Schwangerschaft? normal ____

Komplikationen bzw. Auffälligkeiten: _____

Wie verlief die Geburt? Geburt in der _____ Woche
Komplikationen bzw. Auffälligkeiten, z.B. Vakuumextraktion, Zangengeburt, Kaiserschnitt,
Nabelschnur um den Hals, absinkende Herztöne, blau im Gesicht usw.
(bitte unterstreichen)

Geburtsgewicht _____ g APGAR ____/____/____
Geburtsgröße _____ cm pH – Wert _____

In welchem Alter lernte das Kind laufen?

mit _____ Monaten

Wann lernte es sprechen?

Erste einzelne Worte mit _____ Monaten
erste kleine Sätze mit _____ Monaten

Wann wurde es sauber?

mit _____ Jahren

Welche besonderen Krankheiten hat das

Kind durchgemacht? Und wann?

War es schon einmal im Krankenhaus?

___ ja, im Alter von _____ wegen: _____

___ nein

Hat das Kind schon einmal einen Unfall erlitten?

___ nein

___ Ja

Art des Unfalls _____

wann? _____

Wie ist / war das Verhalten im Kindergarten?

___ ohne Probleme

___ besuchte keinen Kindergarten

es gab Schwierigkeiten, weil _____

Beginn der Pubertät

___ befindet sich noch nicht in der Pubertät

___ bei **Mädchen**: erste Monatsblutung im Alter von _____

Verhütung ja ___ mit welchem Mittel? _____

nein ___

___ bei **Jungen**: Stimmbruch im Alter von _____ erste Pollution im Alter von _____

ERZIEHUNG

Auffälligkeiten im Verhalten des Kindes,
(Bitte nur die Verhaltensweisen ankreuzen,
die besonders häufig zu beobachten sind)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Albernheiten, spielt den Clown | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen |
| <input type="checkbox"/> ängstlich | <input type="checkbox"/> Bettnässen |
| <input type="checkbox"/> anlehnungsbedürftig | <input type="checkbox"/> Einnässen tagsüber |
| <input type="checkbox"/> leicht beeinflussbar | <input type="checkbox"/> will abends nicht ins Bett |
| <input type="checkbox"/> eifersüchtig | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen |
| <input type="checkbox"/> leicht ermüdbar, wenig belastbar | <input type="checkbox"/> nimmt Drogen, Alkohol usw. |
| <input type="checkbox"/> empfindsam, sensibel | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> leicht erregbar, unbeherrscht | <input type="checkbox"/> Krämpfe (Epilepsie) |
| <input type="checkbox"/> faul, drückt sich gerne | <input type="checkbox"/> häufig krank |
| <input type="checkbox"/> Kontaktschwierigkeiten, schüchtern | <input type="checkbox"/> Nägelkauen |
| <input type="checkbox"/> lügt oft, unehrlich | <input type="checkbox"/> Stottern |
| <input type="checkbox"/> unselbstständig | <input type="checkbox"/> andere Sprachstörungen |
| <input type="checkbox"/> noch sehr verspielt | <input type="checkbox"/> ungeschickt |
| <input type="checkbox"/> zerstört mutwillig Sachen | <input type="checkbox"/> isst zu viel |
| | <input type="checkbox"/> isst schlecht |
| <input type="checkbox"/> ausgesprochen passiv | <input type="checkbox"/> hat Konzentrationsstörungen, |
| <input type="checkbox"/> auffälliges sexuelles Verhalten -
welches: _____ | <input type="checkbox"/> leicht ablenkbar |
| <input type="checkbox"/> schreckt nachts oft auf, Alpträume | <input type="checkbox"/> schläft schlecht ein |
| <input type="checkbox"/> stiehlt | <input type="checkbox"/> Tagträumen |
| <input type="checkbox"/> ist traurig oder weint ohne Grund | <input type="checkbox"/> morgens unausgeschlafen |
| <input type="checkbox"/> ungehorsam, trotzig | <input type="checkbox"/> Unordnung |
| | <input type="checkbox"/> vergesslich |
| | <input type="checkbox"/> nervös, zappelig, unruhig |

Andere Verhaltensauffälligkeiten:

Was gefällt ihnen an Ihrem Kind besonders? _____

INTERESSEN UND FÄHIGKEITEN

Welche besonderen **Interessen, Neigungen** und _____

Fähigkeiten hat das Kind? _____

Ist das Kind in einer **Jugendgruppe** oder
in einem **Verein**?

nein
 ja in _____

BEZIEHUNGEN ZU ANDEREN PERSONEN

Wie verträgt es sich in der **Gruppe?**
(**außerhalb der Schule**)

kommt gut mit den anderen aus
 versucht, andere zu beherrschen
 ist leicht durch andere zu beeinflussen
 will häufig alles bestimmen
 nimmt anderen gerne etwas weg
 zwickt, stößt, schlägt andere häufig
 wird von anderen häufig gezwickt,
gestoßen, geschlagen
 beschimpft andere oft
 wird oft von anderen beschimpft
 prahlt gerne vor anderen, gibt an
 zieht sich von den anderen zurück
 wird von den anderen wenig beachtet
bzw. gemieden

Zwischen welchen anderen Personen und
dem Kind besteht

a) eine besondere **Zuneigung** a) _____

b) eine besondere **Abneigung** b) _____

SCHULE

Schullaufbahn Einschulung am _____ mit _____ Jahren

normaler Verlauf
 verspätete Einschulung (Zurückstellung)
 vorzeitige Einschulung
 Wiederholung der Klasse (n) _____
 Überspringen der Klasse _____
 Schulwechsel im Jahr _____
 zeitweise keine Schule besucht
von _____ bis _____

besucht eine

Sonderschule: welche Förderung? (bitte einkreisen) LB, GB, KB, ES; Sprache, Hören, Sehen

Regelmäßigkeit des **Schulbesuches**

regelmäßig
 verspätet sich oft
 schwänzt oft

fehlt oft, wegen _____

Schulleistungen:

Letztes Zeugnis (Bitte Kursniveau in Klammern angeben, falls eine Differenzierung erfolgt)

Mathematik	_____	Deutsch, schriftlich	_____
Physik	_____	Deutsch, mündlich	_____
Biologie	_____	Französisch	_____
Sachkunde	_____	Englisch	_____
Chemie	_____	Latein	_____
Sport	_____	Religion	_____
Musik	_____	_____	_____
Kunsterziehung	_____	_____	_____

Ist die **Versetzung** in die nächste Klasse nein
gefährdet? ja, wegen der Fächer

Welchen Schulabschluss streben Sie Hauptschule /Sekundarschule
für Ihr Kind an? Realschule
 Gymnasium
 Gesamtschule

ENTWICKLUNG DES PROBLEMVERHALTENS

Sie haben in dem vorhergehenden Teil des Fragebogens bereites zu einigen Verhaltens-Auffälligkeiten Stellung genommen. **Beratungsanlass:** _____
Bitte geben Sie nun kurz an, welches Problem-Verhalten Ihres Kindes den Anlass dazu gegeben hat, die Beratungsstelle aufzusuchen. _____
(Bitte nur in Stichworten) _____

Wann ist dieses Verhalten ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?

___ **ganz allmählich**, etwa mit ___ Jahren beginnend (Klasse ___)

___ **plötzlich** im Alter von ___ Jahren (Klasse ___)

Gab es irgendwann **besondere Ereignisse**, die mit dem ersten Auftreten dieses Verhaltens zusammenfielen?

___ nein
___ ja, _____

Haben Sie sich wegen des augenblicklichen Problems schon einmal an eine andere Stelle gewandt?

___ nein ___ ja

___ Erziehungsberatungsstelle / Schulberatungsstelle von _____ bis _____

___ Psychologe, Name _____ von _____ bis _____

___ Arzt, Name _____ von _____ bis _____

___ Klinik, Name _____ von _____ bis _____

___ Ergotherapeut, Name _____ von _____ bis _____

___ Logopäde, Name _____ von _____ bis _____

___ Krankengymnast, Name _____ von _____ bis _____

___ andere Stellen: _____ von _____ bis _____

___ andere Stellen: _____ von _____ bis _____

Welche Maßnahmen wurden von diesen anderen Stellen getroffen bzw. empfohlen? (Mit welchem Erfolg?):

Wie haben Sie bisher auf das problematische Verhalten des Kindes reagiert?
Welche **Erziehungsmaßnahmen** haben Sie angewendet, um dieses Verhalten zu verändern?

Haben Sie bestimmte **Erwartungen** oder **Vorstellungen**, wie man in Zukunft auf das Verhalten des Kindes Einfluss nehmen könnte?

Werden zur Zeit **Medikamente** regelmäßig eingenommen? Wenn ja, welche?
