



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 sorgeberechtigten** 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. _____

4. _____

Familiäre Verhältnisse: mit **wem** lebt das Kind/der Jugendliche 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. Vakuumentzug, 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? ____ nein
____ ja, im Alter von _____ wegen: _____

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 _____ Jahren

Verhütung ja ____ mit welchem Mittel? _____
nein ____

____ bei **Jungen**: Stimmbruch im Alter von _____ Jahren, erste Pollution im Alter von _____ Jahren

ERZIEHUNG

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

<input type="checkbox"/>	ängstlich	<input type="checkbox"/>	Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen
<input type="checkbox"/>	albern	<input type="checkbox"/>	Einnässen tags
<input type="checkbox"/>	eifersüchtig	<input type="checkbox"/>	Einnässen nachts
<input type="checkbox"/>	sensibel	<input type="checkbox"/>	Obstipation, Einkoten
<input type="checkbox"/>	leicht erregbar	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen
<input type="checkbox"/>	schüchtern	<input type="checkbox"/>	Nägelkauen
<input type="checkbox"/>	passiv, wenig Antrieb	<input type="checkbox"/>	Ticstörungen
<input type="checkbox"/>	Panikattacken	<input type="checkbox"/>	Sprachauffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Kommunikationsprobleme in Gruppen	<input type="checkbox"/>	motorische Probleme
<input type="checkbox"/>	Prokrastination / „Aufschieberitis“	<input type="checkbox"/>	ablenkbar
<input type="checkbox"/>	weint / ist traurig ohne Grund	<input type="checkbox"/>	verträumt, vergesslich
<input type="checkbox"/>	Alpträume	<input type="checkbox"/>	unruhig, nervös, hyperaktiv
<input type="checkbox"/>	anderes:	<input type="checkbox"/>	anderes:

Was gefällt ihnen an Ihrem Kind besonders? _____

Welche besonderen **Interessen, Neigungen** und **Fähigkeiten** hat das Kind?

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

___ nein

___ ja in _____

ENTWICKLUNG DES PROBLEMVERHALTENS

(Bitte nur in Stichworten) Beratungsanlass: _____

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, seit welcher Klasse? _____

Regelmäßigkeit des **Schulbesuches**

- regelmäßig
- verspätet sich oft
- schwänzt oft

_____ fehlt oft, wegen _____

Ist die **Versetzung** in die nächste Klasse **gefährdet**?

___ nein
___ ja, wegen der Fächer

Welchen Schulabschluss streben Sie für Ihr Kind an?

___ Hauptschule / Sekundarschule
___ Realschule
___ Gymnasium
___ Gesamtschule

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

___ nein ___ ja

	Welche Stelle?	Wer?	Wann? von -bis
	Erziehungs-/Schulberatungsstelle		
	Psychotherapeut		
	Hausarzt/Kinderarzt		
	Facharzt für...		
	Facharzt für...		
	Klinik/Tagesklinik		
	Ergotherapeut		
	Krankengymnast		
	Sprachtherapeut		
	Andere:		
	Andere:		

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 zurzeit **Medikamente** regelmäßig eingenommen? Wenn ja, welche? Und welche Dosis?

Name des Medikaments	Dosierung

Vielen Dank für Ihre Angaben.

Bitte übermitteln Sie den Fragebogen **VOR DEM TERMIN** an info@meyers-hamburg.com