

VDS1:KJa: Elterliche Anamnese der Kindes- und Jugendlichenentwicklung Basisbogen für Kinder und Jugendliche von 0 bis 16 Jahren

Name des Kindes: Vornamen:
 Datum der Aufnahme: vorgestellt von:
 Geburtsdatum: Alter in Jahren und Monaten:
 Straße: Wohnort:
 Telefon: Versicherter:
 Krankenversicherung: Vers. -Nummer:
 Hausarzt: Telefon:
 Kinderarzt : Telefon:
 Überweisung von: Telefon:

Erläuterungen:

Sie haben sich dazu entschlossen, mit Ihrem Kind eine therapeutische Behandlung zu beginnen. Das ist ein umfangreiches Vorhaben, das **gründlicher Vorbereitung** und Diagnostik bedarf. Bei manchen körperlichen Krankheiten sind stundenlange Untersuchungen mit technischen Apparaten erforderlich, bevor die bestmögliche Therapie gefunden werden kann. Im psychischen Bereich sind dagegen **Ihre eigenen Aussagen und die Ihres Kindes** die wichtigste Quelle für Diagnose und Therapieplanung. Ihre **aktive Mitarbeit** als Eltern ist daher von Anfang an notwendig. Als Therapeut kann ich um so besser das richtige therapeutische Vorgehen planen, wenn ich auch etwas über die private und berufliche Situation Ihrer Familie, die Lebensgeschichte Ihres Kindes, die früheren und jetzigen zwischenmenschlichen Beziehungen Ihres Kindes innerhalb und außerhalb der Familie, eventuelle Schicksalsschläge und Belastungen weiß. Aus diesen Gründen bitte ich Sie, als **Eltern gemeinsam die vorliegenden Bögen auszufüllen**.

Bitte machen Sie sich die Mühe, auch auf Wiederholungen einzugehen. Bei einigen Themen fällt es Ihnen vielleicht schwer, Ihre Angaben in diesem Bogen schriftlich niederzuschreiben. Wir können dann im nächsten Gespräch auf die leer gelassenen Stellen zurückkommen.

Wichtig ist, dass Sie sich bewusst sind, dass es **keine richtigen oder falschen Antworten** gibt, wenn es sich um Fragen über Gefühle und Einstellungen handelt und dass Sie nicht gezwungen sind, alles auszufüllen. Schreiben Sie das nieder, was Sie persönlich empfinden.

Obwohl beide Elternteile gemeinsam alle Bögen bearbeiten sollten, finden Sie an einigen Stellen die **Aufteilung in VATER und MUTTER**. Dann ist es mir wichtig, dass Sie **unabhängig voneinander** diesen Punkt ausfüllen, weil ich wissen möchte, was jeder von Ihnen eigenständig darüber denkt. Manche Fragen werden sehr leicht durch **JA oder NEIN** oder die **Wahl zwischen** zwei anderen **Alternativen** zu beantworten sein. Bitte machen Sie bei diesen Entscheidungsfragen jeweils einen **Kreis um das Zutreffende**. Bei anderen Fragen ist es dagegen notwendig, genau auf sich und die eigenen Gefühle zu hören, um dann anschließend frei eine umfassende Beantwortung in die dafür leer gelassenen Zeilen zu schreiben. Wenn Ihnen der dafür vorgesehene Platz nicht genügt, dann führen Sie Ihre Angaben einfach auf einem Zusatzblatt unter der Nummer des Fragenblocks weiter aus.

Bevor wir uns vertieft mit der bisherigen Entwicklung Ihres Kindes beschäftigen, sollten wir auf die Beschwerden eingehen, derentwegen Sie Ihr Kind bei uns vorgestellt haben, Vor allem ist wichtig, wann diese **psychischen oder psychosomatischen Beschwerden** angefangen haben bzw. augenfällig wurden. Denn in der Zeit vor Beginn der Symptome Ihres Kindes kann sich etwas abgespielt haben, was erheblich zu deren Entstehung beigetragen haben kann. Deswegen werden Sie einige Fragen finden, die einen Unterschied zwischen der Zeit vor Beginn der Symptome und der jetzigen Situation machen.

1. Angaben zu den Symptomen

1.1 Wie fühlten Sie sich mir gegenüber während unseres ersten Gesprächs?
Und wie fühlte sich Ihr Kind?
.....
.....

1.2 Welche **psychischen oder psychosomatischen Beschwerden oder Verhaltensauffälligkeiten** zeigt Ihr Kind, in deren Folge Sie herkamen? Nennen Sie bitte alle, die Ihnen gerade einfallen, so vollständig wie nur irgend möglich:
.....
.....
.....
.....

Welche davon sind **die drei hauptsächlichsten Verhaltensauffälligkeiten** bzw. Beschwerden?
1. 2. 3.

1.3 Wann begannen diese hauptsächlichsten Symptome (Monat/Jahr)?
Traten diese Symptome jemals vorher — ev. in geringerem Ausmaß — auf? JA / NEIN
wenn ja, wann genau (Jahr/Lebenssituation):
.....
Bewerten Sie zusammen mit dem Therapeuten die nun vielleicht unterschiedlichen
Zeitpunkte des Beginns der Verhaltensauffälligkeiten und legen Sie sich gemeinsam
auf denjenigen fest, seit dem das Symptom ununterbrochen besteht:
Zeitpunkt des Beginns der Symptomatik:
Hat sich vor Beginn der Symptome in dem Leben Ihrer Familie etwas **geändert** —
sowohl in gutem als auch in schlechtem Sinne? JA / NEIN
wenn ja, was:
Gab es vor Beginn der Symptome Ihres Kindes eine anhaltende **Belastung** im Leben
Ihrer Familie bzw. Ihres Kindes?
.....

1.4 Was war ausschlaggebend dafür, dass Sie jetzt den Entschluss zu einer Psychotherapie
bzw. zu einer Vorstellung Ihres Kindes gefasst haben?
.....
1.5. Hat jemand den entscheidenden **Anstoß** für diesen Schritt gegeben? JA / NEIN
wenn ja, wer?

1.6 Haben Sie sich wegen der Symptome Ihres Kindes schon zuvor einmal an eine andere Stelle gewandt (z.B. Erziehungsberatung, Hausarzt, Krankenhaus o.ä.)? JA / NEIN wenn ja, an welche:

..... Jahr:

..... Jahr:

Welche Schritte zur Behandlung wurden dabei unternommen und wie erfolgreich waren diese?

.....

.....

2.0 Die Eltern

2.1 VATER des Kindes

Leiblicher Vater:

Name: Vornamen:

Geburtsdatum: Alter:..... Alter bei Geburt des Kindes:

Lebt in der Familie: JA / NEIN wenn nein, seit wann nicht mehr:

wenn nein, wo lebt er: Besuchsregelung:

erlernter Beruf: ausgeübter Beruf:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigung?

Schulbildung: Abschluss:

Berentung: JA / NEIN wenn ja, seit:

schwere Erkrankungen: JA / NEIN wenn ja, welche:

Religionszugehörigkeit: Staatsangehörigkeit:

Adoptiv-, Pflege- oder Stiefvater: (Zutreffendes bitte einkreisen)

Name: Vornamen:

Geburtsdatum: Alter:..... Alter des Kindes bei Annahme:

Lebt in der Familie: JA / NEIN wenn ja, seit wann:

wenn nein, seit wann nicht mehr: wenn nein, wo lebt er:

erlernter Beruf: ausgeübter Beruf:

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigung?

Schulbildung: Abschluss:

Berentung: JA / NEIN wenn ja, seit:

schwere Erkrankungen: JA / NEIN wenn ja, welche:

Religionszugehörigkeit: Staatsangehörigkeit:

Mit welchen **5 Eigenschaften** würden Sie sich selbst beschreiben?

1)

2)

3)

4)

5)

Mit welchen **5 Eigenschaften** würden Sie als VATER Ihr Kind beschreiben

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Wie ist Ihre **Beziehung zu Ihrem Kind?** Versuchen Sie, diese zu beschreiben:

.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....

Was verbindet Sie mit Ihrem Kind?

.....

Vater des VATERS:

Alter/Todesjahr:.....Beruf: Berentung: JA / NEIN
 mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
 wenn nein, wo lebt er Anzahl der Besuche im Jahr:
 Leidet er an schweren Erkrankungen? JA / NEIN
 wenn ja, welche:

Mutter des VATERS:

Alter/Todesjahr:.....Beruf: Berentung: JA / NEIN
 mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
 wenn nein, wo lebt sie: Anzahl der Besuche im Jahr:
 Leidet sie an schweren Erkrankungen? JA / NEIN
 wenn ja, welche:

Geschwister des VATERS:

- 1) Vorname: Alter: Beruf:.....
 mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
 wenn nein, wo lebt sie/er: Anzahl der Besuche im Jahr:
 An schweren Erkrankungen leidend? JA / NEIN
 wenn ja, welche:
- 2) Vorname: Alter: Beruf:.....
 mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
 wenn nein, wo lebt sie/er: Anzahl der Besuche im Jahr:
 An schweren Erkrankungen leidend? JA / NEIN
 wenn ja, welche:
- 3) Bitte benutzen Sie ein Zusatzblatt, wenn Sie noch weitere Geschwister haben.

Als Sie selbst noch ein Kind waren, was bedeuteten Ihnen Ihre Eltern?

.....
.....

Was hat Ihnen in der Beziehung zu Ihren Eltern gefehlt?

.....
.....

Wie ist heute der Kontakt zu Ihrer Familie?

.....
.....

Was bedeutet Ihr Kind für Sie als VATER?

.....
.....

Welche **positiven Seiten** gibt es in der Beziehung zu Ihrem Kind?

Was ist darin für Sie erfüllend?

.....
.....

Welche **negativen Seiten** gibt es in der Beziehung zu Ihrem Kind? Was erfüllt Sie nicht so sehr in Ihrer Beziehung zu ihm?

.....
.....

Fühlen Sie sich von ihm geliebt und akzeptiert?

.....
.....

Wie drücken Sie **Gefühle** gegenüber Ihrem Kind aus? Geben Sie dafür bitte ein Beispiel:

.....
.....

Wie viel **Zeit** in der Woche verbringen Sie alleine mit Ihrem Kind im Durchschnitt?

.....

Haben Sie gesundheitliche **Probleme** und wenn ja, welcher Art sind diese?

.....

Haben Sie psychische und/oder soziale Probleme und wenn ja, welcher Art sind diese?

Wie war die **Beziehung** zu Ihrem Kind vor Beginn der Symptome? Gab es irgendwelche **Unterschiede** im Vergleich mit der heutigen Situation?

Mit welchen **5 Eigenschaften** würden Sie die **Mutter** des Kindes beschreiben?
 1)
 2)
 3)
 4)
 5)
 Wie ist Ihre **Beziehung** zur Mutter des Kindes?

Hat das Kind zum **VATER** oder zur **MUTTER** das innigere Verhältnis? Hat sich das vielleicht in einem gewissen Alter geändert? VATER / MUTTER

 Wem ist das Kind in seiner Art ähnlicher? VATER / MUTTER

Zum Schluss möchte ich Sie als **VATER** noch fragen, wie erwünscht Ihr Kind für Sie war:
 GAR NICHT NICHT WENIG EHER SEHR SEHR STARK

2.2. MUTTER des Kindes

Leibliche Mutter:
 Name: Vornamen:
 Geburtsdatum: Alter: Alter bei Geburt des Kindes:
 Lebt in der Familie: JA / NEIN wenn nein, seit wann nicht mehr:
 wenn nein, wo lebt sie: Besuchsregelung:
 erlernter Beruf: ausgeübter Beruf:
 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigung?
 Arbeitszeiten nach Geburt des Kindes:
 Betreuung des Kindes während dieser Zeit durch:
 Schulbildung: Abschluss:
 Berentung: JA / NEIN wenn ja, seit:
 Schwere Erkrankungen: JA / NEIN wenn ja, welche:
 Religionszugehörigkeit: Staatsangehörigkeit:

Adoptiv-, Pflege- oder Stiefmutter: (Zutreffendes bitte einkreisen)

Name: Vornamen:.....
 Geburtsdatum: Alter: Alter bei Geburt des Kindes:.....
 Lebt in der Familie: JA / NEIN wenn nein, seit wann nicht mehr:
 wenn nein, wo lebt sie: Besuchsregelung:.....
 erlernter Beruf: ausgeübter Beruf:
 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigung?
 Arbeitszeiten nach Geburt des Kindes:
 Betreuung des Kindes während dieser Zeit durch:
 Schulbildung: Abschluss:
 Berentung: JA / NEIN wenn ja, seit:
 Schwere Erkrankungen: JA / NEIN wenn ja, welche:
 Religionszugehörigkeit: Staatsangehörigkeit:

Mit welchen **5 Eigenschaften** würden Sie **sich selbst** beschreiben?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Mit welchen **5 Eigenschaften** würden Sie als **MUTTER** Ihr **Kind** beschreiben?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Wie empfanden Sie die Zeit der **Schwangerschaft** mit Ihrem Kind?

.....

Wie empfanden Sie den Verlauf der **Geburt** Ihres Kindes?

.....

Wie ist die **Beziehung zu Ihrem Kind**? Versuchen Sie, diese zu beschreiben:

.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....

Was verbindet Sie mit Ihrem Kind?

.....

Vater der MUTTER:

Alter/Todesjahr: Beruf: Berentung: JA / NEIN
mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
wenn nein, wo lebt er: Anzahl der Besuche im Jahr:
Leidet er an schweren Erkrankungen? JA / NEIN
wenn ja, welche:

Mutter der MUTTER:

Alter/Todesjahr: Beruf: Berentung: JA / NEIN
mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
wenn nein, wo lebt sie: Anzahl der Besuche im Jahr:
Leidet sie an schweren Erkrankungen? JA / NEIN
wenn ja, welche:

Geschwister der MUTTER:

- 1) Vorname: Alter: Beruf:
mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
wenn nein, wo lebt sie/er: Anzahl der Besuche im Jahr:
An schweren Erkrankungen leidend? JA / NEIN
wenn ja, welche:
- 2) Vorname : Alter: Beruf:
mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN
wenn nein, wo lebt sie/er: Anzahl der Besuche im Jahr:
An schweren Erkrankungen leidend? JA / NEIN
wenn ja, welche:

3) Bitte benutzen Sie ein Zusatzblatt, wenn Sie noch weitere Geschwister haben.

• Als Sie selbst noch Kind waren, was bedeuteten Ihnen Ihre Eltern?

.....
.....

Was hat Ihnen in der Beziehung zu Ihren Eltern gefehlt?

.....
.....

Wie ist heute der Kontakt zu Ihrer Familie?

.....
.....

Was bedeutet Ihr Kind für Sie als MUTTER?

.....
.....

Welche **positiven Seiten** gibt es in der Beziehung zu Ihrem Kind? Was ist daran für Sie erfüllend?

.....
.....

Welche **negativen Seiten** gibt es in der Beziehung zu Ihrem Kind? Was erfüllt Sie nicht so sehr daran?

.....
.....

Fühlen Sie sich von Ihrem Kind geliebt und akzeptiert?

.....
.....

Wie drücken Sie **Gefühle** gegenüber Ihrem Kind aus? Geben Sie dafür bitte ein Beispiel:

.....
.....

Wie viel **Zeit** in der Woche verbringen Sie mit Ihrem Kind im Durchschnitt?

.....

Haben Sie gesundheitliche **Probleme** und wenn ja, welcher Art sind diese?

.....

Haben Sie psychische und/oder soziale Probleme und wenn ja, welcher Art sind diese?

.....
.....

Wie war die **Beziehung** zu Ihrem Kind vor Beginn der Symptome? Gab es irgendwelche **Unterschiede** im Vergleich mit der heutigen Situation?

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

Mit welchen **5 Eigenschaften** würden Sie den **Vater** des Kindes beschreiben?

1)
 2.)
 3).....
 4)
 5).....

Wie ist Ihre **Beziehung zum Vater** des Kindes?

.....

Hat das Kind zum **VATER** oder zur **MUTTER** das innigere Verhältnis? Hat sich das vielleicht in einem gewissen Alter geändert? VATER / MUTTER

.....

Wem ist das Kind in seiner Art ähnlicher? VATER / MUTTER

Zum Schluss möchte ich Sie als Mutter noch fragen, wie erwünscht Ihr Kind für Sie war:

GAR NICHT **NICHT** **WENIG** **EHER** **SEHR** **SEHR STARK**

2.3 GESCHWISTER des Kindes

1) **BRUDER / SCHWESTER** (Zutreffendes bitte einkreisen):

Alter (Geburtsdatum): Schulart:

wie viele Jahre älter/ jünger: Klasse Einschulungsalter:.....

Beruf: zu Hause wohnhaft: JA / NEIN

Welche **drei Eigenschaften** würden Sie dem Geschwister zuschreiben?

1..... 2. 3.....

Zu welchem Elternteil hat es die engere Beziehung? VATER / MUTTER

Wem ist das Geschwister in seiner Art ähnlicher? VATER / MUTTER

Wie ist die **Beziehung** des Geschwisters zum vorgestellten Kind?

.....

Nennen Sie dafür bitte eine typische Beispielsituation:

.....

Hat das Geschwister irgendwelche **Probleme** (z.B. Verhalten, Schule, Krankheiten, sonstiges)? JA / NEIN

wenn ja, welche:

2) BRUDER / SCHWESTER (Zutreffendes bitte einkreisen)

Alter (Geburtsdatum): Schulart:

wie viele Jahre älter/jünger:..... Klasse Einschulungsalter:

Beruf: zu Hause wohnhaft: JA / NEIN

Welche **drei Eigenschaften** würden Sie dem Geschwister zuschreiben?

1. 2. 3.

Zu welchem Elternteil hat es die engere Beziehung? VATER / MUTTER

Wem ist das Geschwister in seiner Art ähnlicher? VATER / MUTTER

Wie ist die **Beziehung** des Geschwisters zum vorgestellten Kind?

.....

.....

Nennen Sie dafür bitte eine typische Beispielsituation:

.....

.....

Hat das Geschwister irgendwelche **Probleme** (z.B. Verhalten, Schule, Krankheiten, sonstiges)? JA / NEIN

wenn ja, welche:

3) BRUDER / SCHWESTER (Zutreffendes bitte einkreisen):

Alter (Geburtsdatum): Schulart:

wie viel Jahre älter/jünger:..... Klasse Einschulungsalter:

Beruf: zu Hause wohnhaft: JA / NEIN

Welche **drei Eigenschaften** würden Sie dem Geschwister zuschreiben?

1. 2. 3.

Zu welchem Elternteil hat es die engere Beziehung? VATER / MUTTER

Wem ist das Geschwister in seiner Art ähnlicher? VATER / MUTTER

Wie ist die **Beziehung** des Geschwisters zum vorgestellten Kind?

.....

.....

Nennen Sie dafür bitte eine typische Beispielsituation:

.....

.....

Hat das Geschwister irgendwelche **Probleme** (z.B. Verhalten, Schule, Krankheiten, sonstiges)? JA / NEIN

wenn ja, welche:

2.4. Gibt es weitere, für das Kind wichtige Bezugspersonen?

Bezugsperson: **Alter:**

mit der Familie zusammenlebend: JA / NEIN **Beruf:**

wenn nein, wo lebt die Bezugsperson:

Verwandtschaftsgrad der Bezugsperson:

Welche **erzieherischen Aufgaben** hat die Bezugsperson?

.....

Welche **drei Eigenschaften** kennzeichnen die Person am treffendsten?

1. 2. 3.

Wie ist die **Beziehung** zwischen dem Kind und der Bezugsperson?

.....

.....

Welche typische Beispielsituation dafür fällt Ihnen ein?

.....

.....

Wenn es **weitere Bezugspersonen** für Ihr Kind gibt, verwenden Sie bitte ein Zusatzblatt.

2.5 Familienstand

Bitte umkreisen Sie das Zutreffende (ev. Vater **und** Mutter einkreisen)

Sind Sie verheiratet? JA / NEIN Datum: VATER / MUTTER

Sind Sie geschieden? JA / NEIN Datum: VATER / MUTTER

Leben Sie getrennt? JA / NEIN Datum: VATER / MUTTER

Haben Sie wieder geheiratet? JA / NEIN Datum: VATER / MUTTER

Sind Sie verwitwet? JA / NEIN Datum: VATER / MUTTER

2.6 Trennungen von Kind und Eltern

War Ihr Kind jemals über längere Zeit von Ihnen getrennt (z.B. Heim- oder Krankenhausaufenthalt)?

JA / NEIN

wenn ja, aus welchem Grund, in welchem Alter und wie lange:

.....

Waren Sie jemals längere Zeit von Ihrem Kind getrennt?

JA / NEIN

wenn ja, wer: VATER / MUTTER

wenn ja, aus welchem Grund, in welchem Alter des Kindes und wie lange:

.....

2.7 Familieneinkommen

Wie erscheint Ihnen das Familieneinkommen?

ZU KNAPP GERADE EBEN AUSREICHEND GENÜGEND GUT

Wie viel Geld steht Ihrer Familie monatlich zur Verfügung?

<1000 Euro 1000 Euro - 2000 Euro 2000 Euro - 3000 Euro > 3000 Euro

2.8 Wohnung

Die Wohnung liegt in:

STADTZENTRUM VORORT KLEINSTADT DORF GEHÖFT

Wie erscheint Ihnen der Platz in Ihrer Wohnung (Anzahl der Zimmer ohne Küche/Bad:.....)?

SEHR ENG AUSREICHEND WEITRÄUMIG

Sie wohnen in:

(REIHEN-)HAUS MEHRFAMILIENHAUS WOHNBLOCK NOTUNTERKUNFT

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? JA / NEIN

wenn nein, mit wem teilt es das Zimmer:

Hat das Kind ein eigenes Bett? JA / NEIN

wenn nein, mit wem teilt es das Bett:

Hat das Kind einen eigenen Schreibtisch? JA / NEIN

wenn nein, an welchem Tisch arbeitet es:

Mit welchen Personen, die mit in der Wohnung leben, ist das Kind hauptsächlich zusammen?

.....

Mit welchen Personen, die mit in der Wohnung leben, ist das Kind nicht so oft zusammen?

.....

Haben Sie Haustiere? JA / NEIN

wenn ja, welche und wie viele :

An welche Regeln und Pflichten muss Ihr Kind sich halten?

.....

2.9 Freizeitaktivitäten

Wo spielt das Kind draußen?

.....

Wohnen andere Kinder in der Nähe? JA / NEIN

Welche Hobbies und Sportarten betreibt das Kind?

.....

Wie viel pro Woche sieht Ihr Kind fern? Std. Wie viel ist es vor dem Computer? Std.

Was unternimmt die Familie zusammen unter der Woche und wie oft?

.....

Was unternimmt die Familie gemeinsam an den Wochenenden und wie oft?

.....

.....

2.10 Belastende Ereignisse

Gab es **belastende Ereignisse oder erschwerende Umstände** im Leben Ihrer Familie?

Bitte nennen Sie drei, die Ihnen wichtig erscheinen, beschreiben Sie kurz das Gefühl, das Ihr

Kind dabei empfunden hat und geben Sie dazu das Alter des Kindes zu diesem Zeitpunkt an:

1. Alter:

2. Alter:

3. Alter:

Fand im Leben Ihrer Familie bisher eines der folgenden **Lebensereignisse** statt?
 Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an (x) und erläutern Sie das Ereignis kurz (wer und wann):

<input type="checkbox"/> Tod von Familienangehörigen:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Fehlgeburt:.....	Jahr:
<input type="checkbox"/> Arbeitslosigkeit der Eltern:	VATER / MUTTER Jahr:
<input type="checkbox"/> Berufswechsel der Eltern:	VATER / MUTTER Jahr:
<input type="checkbox"/> Arbeitsplatzwechsel der Eltern:	VATER / MUTTER Jahr:
<input type="checkbox"/> finanzielle Krise:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Tod eines guten Freundes:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Ärger mit der Verwandtschaft:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Wohnungswechsel:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Schulwechsel:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Wegzug von Freunden /Verwandten:	Jahr:
<input type="checkbox"/> Tod eines Haustiers:	Jahr:

2.11 Hat Ihr Kind eine **körperliche Besonderheit**, wegen der man es hänselt? JA / NEIN
 wenn ja, welche (z.B. Brille):

Ist Ihr Kind Linkshänder?

Wie groß ist Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen?

Maße: cm Körpergrößekg Gewicht

Wie stabil ist sein Gewicht?

2.12 Erkrankungen

Welche **Kinderkrankheiten** traten bei Ihrem Kind auf? Bitte kreuzen Sie an:

<input type="checkbox"/> Masern	mit	Jahren
<input type="checkbox"/> Mumps	mit	Jahren
<input type="checkbox"/> Keuchhusten	mit	Jahren
<input type="checkbox"/> Scharlach	mit	Jahren
<input type="checkbox"/> Diphtherie	mit	Jahren
<input type="checkbox"/> Windpocken	mit	Jahren
<input type="checkbox"/> Röteln	mit	Jahren

Gab es ständig wiederkehrende oder wesentliche **körperliche Erkrankungen** bei Ihrem Kind?

1) Krankheit: Jahr: wie oft:
 Krankenhausaufenthalt: JA / NEIN Dauer: Anzahl:

2) Krankheit: Jahr: wie oft:
 Krankenhausaufenthalt: JA / NEIN Dauer: Anzahl:

Operationen des Kindes : Jahr:.....
 Jahr:

Unfälle des Kindes mit Verletzungsfolgen:

1) Alter:

2) Alter:

3) Alter:

Leidet Ihr Kind unter **Allergien oder Unverträglichkeiten**? JA / NEIN
 wenn ja, unter welchen:

Beim Kind vorgenommene **Impfungen**:

Gab es **Komplikationen** nach Impfungen? JA / NEIN
 wenn ja, welche und bei welcher Impfung:

.....

2.13 Kennen Sie von Ihrem Kind folgende **Verhaltensweisen, Kinderängste oder psychische Beschwerden?**

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an, auch wenn es dieses Verhalten jetzt nicht mehr zeigt:

- | | | | | |
|--------------------------|------------------------------------|--------------------|-----------|--------|
| <input type="checkbox"/> | langes Daumenlutschen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Nachtangst | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Angst vor Tieren | im Alter von | bis | Jahren |
| | wenn ja, vor welchen: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Angst vor Phantasiegestalten | im Alter von | bis | Jahren |
| | wenn ja, vor welchen: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Bettnässen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Nägelkauen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Stehlen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Stottern | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | häufige Alpträume | im Alter von | bis | Jahren |
| | wenn ja, über welche Themen: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Schlafwandeln | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Haare ausreißen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | große motorische Unruhe | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Spielunlust | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Bewegungsarmut, Lethargie | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Ernährungsstörungen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Kopfwerfen / -schlagen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Trotzanfälle | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Oberkörperwiegen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Selbstverletzungen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Einschlafprobleme | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Durchschlafstörungen | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | starkes Fremdeln | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Klammern (z.B. an Mutter) | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | Zündeln | im Alter von | bis | Jahren |
| <input type="checkbox"/> | sonstige: | | | |

2.14 Sind Ihnen bei Ihrem Kind jemals folgende **Besonderheiten** aufgefallen?

Bitte kreuzen Sie an:

- häufiges Stolpern
- Ungeschicktheit der Hände
- häufiges Hinfallen
- häufiges Anstoßen
- unrealistisches Temperaturempfinden
- Vermeidung von Körperkontakt
- unrealistisches Geräuschempfinden
- mangelndes Schmerzempfinden
- sonstige:

2.15 Andere **Auffälligkeiten und Probleme** Ihres Kindes

Zeigte Ihr Kind schon früher größere Auffälligkeiten in seinem Verhalten, für die eventuell schon Diagnosen gestellt wurden? JA / NEIN

- 1) Auffälligkeit: Diagnose:
- Symptome:
- Dauer: Intensität:
- Behandlung:

2) Auffälligkeit: Diagnose:.....
Symptome:
Dauer: Intensität:
Behandlung:
Klagt Ihr Kind über **Beschwerden**, die **psychosomatisch** sein könnten? JA / NEIN
wenn ja, welche: 1. 2.
in Zusammenhang mit welchen Situationen:
zu 1.:
zu 2.:

3. Therapieziele

3.1 Versuchen Sie, die **drei wichtigsten Ziele** bezüglich der Änderung im belastenden Verhalten Ihres Kindes zu formulieren: Was muss anders werden?

1)
2)
3)

Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass durch eine Therapie sich die Probleme Ihres Kindes bessern werden?

UNMÖGLICH MÖGLICH WAHRSCHEINLICH SICHER SEHR SICHER

Wie viel Ihrer Zeit wollen Sie täglich in die Therapie der Symptome Ihres Kindes investieren?
5-10 MINUTEN 20 MINUTEN 1/2 STUNDE 1 STUNDE >1 STUNDE

Wie oft sind Sie bereit, an Familiengesprächen teilzunehmen?
EINMAL PRO WOCHE ALLE 14 TAGE EINMAL IM MONAT

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?
MUTTER VATER BEIDE

Datum: Unterschrift:

Unterschrift:

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit dem Ausfüllen des Bogens gemacht haben.