ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

ELTERNFRAGEBOGEN

ZUR ANAMNESE IHRES KINDES

Vorname / Name der/des Jugendlichen _____

Geburtsdatum _____ Alter _____

Größe (in cm) _____ Gewicht (in kg) _____

Aktuell besuchte Schule _____

Klasse _____ Klassenleitung _____

Heutiges Datum _____

Die Fragen werden beantwortet von ☐ Mutter ☐ Vater

☐ Pflege_____ ☐ Adoptiv_____ ☐ Stief_____

☐ Partner:in von _____

☐ sonstige _____

ZUR ALLGEMEINEN LEBENSSITUATION DES KINDES

Das Kind ist ☐ ehelich ☐ nicht ehelich ☐ adoptiert ☐ Pflegekind ☐ fremduntergebracht

Wer hat das Sorgerecht? _____

Wie viele Personen leben mit dem Kind in einem Haushalt? _____

Wie viele Schlaf- und Wohnräume haben Sie (außer Küche und Bad)? _____

Hat das Kind ein eigenes Zimmer? ☐ ja ☐ nein, es teilt sich das Zimmer mit _____

Sind Sie mit Ihrer Wohnsituation zufrieden? _____

Sind Sie mit Ihrer finanziellen Situation zufrieden? _____

Wie oft sind Sie seit der Geburt des Kindes umgezogen? _____

Gibt es (außer der Eltern) noch andere wichtige Bezugspersonen, die das Kind miterziehen oder betreuen oder dies zu einem früheren Zeitpunkt getan haben? ☐ nein

☐ ja _____

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

SCHWANGERSCHAFT

War die Schwangerschaft erwünscht? ☐ ja ☐ nein

War die Schwangerschaft geplant? ☐ ja ☐ nein ☐ Kinderwunschbehandlung

Wie haben Sie auf den positiven Schwangerschaftstest reagiert? _____

_____

Um die wievielte Schwangerschaft der Mutter handelte es sich? _____

Ist eine Fehl- oder Totgeburt vorausgegangen? _____

Ist ein oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche vorausgegangen? _____

Welche Erinnerungen kommen in Ihnen auf, wenn Sie an die Schwangerschaft zurückdenken?

_____

_____

Hat die Mutter während der Schwangerschaft Medikamente oder Substanzen zu sich genommen?

☐ Beruhigungsmittel ☐ Antibabypille ☐ Diabetesbehandlung ☐ Antibiotika ☐ Schlafmittel

☐ Wehenhemmer ☐ andere Medikamente _____

☐ Kaffee oder andere koffeinhaltige Produkte _____

☐ Zigaretten _____ Stk./Tag ☐ Bier / Wein ____ Gläser/Tag ☐ Spirituosen _____ Gläser/Tag

☐ Cannabis ☐ andere _____

☐ Substitutionsbehandlung _____

Wurde die Mutter während der Schwangerschaft geröntgt? ☐ ja ☐ nein

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

GEBURT UND WOCHENBETT

Wie alt war die Mutter bei der Geburt? _____ Jahre

Die Geburt war in SSW _____ **Die Wehen dauerten** _____ Std.

☐ Spontangeburt ☐ Zangengeburt ☐ Sectio ☐ Saugglocke ☐ Beckenendlage

☐ Mehrlingsgeburt

Gab es Komplikationen? ☐ nein ☐ Sauerstoffmangel ☐ künstliche Einleitung der Geburt

☐ Abfall der Herztöne ☐ Wehenschwäche ☐ Geburtsstillstand ☐ Nabelschnurumschlingung

☐ Rhesusfaktorunverträglichkeit ☐ Wehensturm ☐ sonstige _____

Wurden während der Geburt Medikamente eingesetzt? ☐ Wehenmittel ☐ Beruhigungsmittel

☐ Narkosemittel _____

Welche Erinnerungen kommen in Ihnen auf, wenn Sie an die Geburt zurückdenken? _____

_____

Geburtsgewicht _____g **Größe** _____cm **APGAR** __ / __ /__

Musste das Kind nach der Geburt medizinisch behandelt werden? ☐ nein ☐ ja _____

_____

Wurde in den ersten Lebenswochen eine auffällige Gelbfärbung beobachtet? ☐ nein ☐ ja

Welche Erinnerungen kommen in Ihnen auf, wenn Sie an das Wochenbett zurückdenken?

_____

_____

ZWISCHENRAUM
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FRÜHKINDLICHE ENTWICKLUNG – DAS 1. LEBENSJAHR

Wurde das Kind gestillt? ☐ nein ☐ ___ Tage ☐ ___ Wochen ☐ ___ Monate ☐ ___ Jahre

Trank es ☐ kräftig ☐ normal ☐ schwach

Gab es Stillschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja _____

Wer versorgte das Kind hauptsächlich? ☐ Mutter ☐ Vater ☐ andere _____

☐ mehrere Personen _____

Konnte sich die Hauptbezugsperson so viel um das Kind kümmern, wie sie wollte? ☐ ja ☐ nein

War es im 1. Lbj. für längere Zeit von der Hauptbezugsperson getrennt? ☐ nein ☐ Krankenhaus

☐ Fremdunterbringung _____

Wenn ja, wie lange dauerte die Trennung? _____

Wann hat das Kind zum ersten Mal gelächelt? _____

Wie reagierte es auf fremde Personen? ☐ zurückhaltend ☐ ängstlich ☐ offen ☐ kritisch

☐ freudig

War es sehr hartnäckig, wenn es etwas wollte? ☐ ja ☐ nein

Hatte es eine ausgeprägte Autonomiephase? ☐ nein ☐ ja, ab _____ Monaten

Wann konnte es ohne fremde Hilfe sitzen? ☐ 3-6 Mon. ☐ 7-12 Mon. ☐ > 1 Jahr

In welchem Alter krabbelte es? ☐ 6-12 Mon. ☐ 13-18 Mon. ☐ > 18 Mon.

Wann konnte es ohne fremde Hilfe laufen? ___ Mon. ☐ 2-3 Jahre ☐ > 3 Jahre

Wann sprach es die ersten einzelnen Wörter? ___ Mon.

Wann sprach es die ersten Sätze? ___ Mon.

Gab es Sprechschwierigkeiten? ☐ nein ☐ Stammeln ☐ Stottern ☐ Lispeln

Wann war das Kind völlig sauber und trocken?

Tagsüber ☐ unter 1 J. ☐ 1-2 J. ☐ 2-3 J. ☐ 3-4 J. ☐ > 4 J.

Nachts ☐ unter 1 J. ☐ 1-2 J. ☐ 2-3 J. ☐ 3-4 J. ☐ > 4 J.

Wie lange dauerte die Sauberkeitsgewöhnung? _____

Wie haben sie es geschafft, dass Ihr Kind sauber wurde? _____

Gab es, nachdem es sauber war, noch einmal Rückfälle? Wenn ja, wann und wie lange hielten diese an? _____

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Gab es im 1. Lbj. Ernährungsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja _____

Hatte das Kind im 1. Lbj. Hautprobleme? ☐ nein ☐ ja _____

Hatte das Kind im 1. Lbj. weitere Krankheiten? ☐ nein ☐ ja _____

Traten im 1. Lbj. Schlafstörungen auf? ☐ nein ☐ ja _____

Wo schlief das Kind? ☐ eigenes Bett im Zimmer der Eltern ☐ Beistellbett ☐ im Bett der Eltern

☐ eigenes Zimmer ☐ sonstiges _____

Wurde ein Schlaftraining durchgeführt? ☐ nein ☐ ja _____

Schlief das Kind ☐ viel ☐ normal ☐ wenig

Hatte es einen festen Schlaf- und Trinkrhythmus? ☐ ja ☐ nein, sehr wechselhaft

War es ein „pflegeleichtes" Baby? ☐ ja ☐ nein

Gab es Auffälligkeiten beim ☐ Hören ☐ Sehen ☐ Aufmerksamkeit

War das Kind ein „Schreibaby"? ☐ nein ☐ ja

War es ein sehr aktives Baby? ☐ ja ☐ nein

Hat es häufig mit dem Kopf hin und her geschaukelt? ☐ nein ☐ ja

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

KLEINKINDALTER

Wie verhielt sich das Kind der Hauptbezugsperson gegenüber? ☐ unselbstständig ☐ anklammernd ☐ weinte, wenn die Mutter abwesend schien ☐ wehrte Körperkontakt eher ab ☐ selbstbewusst ☐ früh selbstständig ☐ kaum liebebedürftig ☐ sonstiges _____

War es zwischen dem 1. und 3. Lbj. längere Zeit von der Hauptbezugsperson getrennt? ☐ nein ☐ Krankenhaus ☐ Fremdunterbringung _____

Wie verhielt es sich fremden Erwachsenen gegenüber? ☐ eher zurückhaltend, ängstlich ☐ offen ☐ zu vertrauensselig ☐ eher frech, herausfordernd

Wie reagierte es auf Anweisungen? Befolgte es sie ☐ sofort ☐ ungern ☐ nach mehreren Aufforderungen ☐ gar nicht ☐ sonstiges _____

Wie würden Sie die Motorik einschätzen? ☐ eher ruhig, bewegungsarm ☐ eher unruhig, immer in Bewegung ☐ ungeschickt ☐ sonstiges _____

Wie spielte es? ☐ ausdauernd ☐ wenig ausdauernd ☐ führte angefangene Spiele zu Ende, bevor es neue begann ☐ wechselte zwischen verschiedenen unbeendeten Spielen ☐ wenig spielfreudig, musste angeleitet werden ☐ sonstiges _____

ZWISCHENRAUM
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

KINDERGARTENALTER

Besuchte das Kind einen Kindergarten / Kita? ☐ nein ☐ ja von _____ bis _____ Jahre.

Ging es gerne und regelmäßig in den Kindergarten? ☐ ja ☐ nein

Gab es Trennungsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ ja _____

Fiel es im Kindergarten durch besondere Unruhe auf? ☐ nein ☐ ja _____

Wie verhielt es sich gegenüber anderen Kindern? ☐ kam mit anderen gut zurecht, konnte sich anpassen ☐ eher Einzelgänger ☐ störte andere, mischte sich in deren Spiel ein ☐ streitsüchtig ☐ aggressiv ☐ sonstiges _____

Hatte es eine gute Beziehung zu den Erzieher:innen? ☐ ja ☐ nein _____

Hatte es Freund:innen, spielte es mit anderen? ☐ ja ☐ nein _____

Nahm es gern an Aktivitäten teil? ☐ ja ☐ nein _____

War es gehemmt, unsicher oder ängstlich? ☐ nein ☐ ja _____

Zeigte es zu Hause sehr starken Bewegungsdrang? ☐ nein ☐ ja _____

Forderte es übermäßig viel Aufmerksamkeit von den Eltern? ☐ nein ☐ ja _____

Wie ging das Kind an Aufgaben heran? ☐ eher überlegt und planvoll ☐ eher spontan und impulsiv

Hatte es ein Gefahrenbewusstsein? ☐ ja ☐ nein _____

Konnte es ruhig und versunken spielen und sich beschäftigen? ☐ ja ☐ nein _____

ZWISCHENRAUM
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

GRUNDSCHULZEIT

Ist das Kind ☐ Linkshänder oder ☐ Rechtshänder?

Hat es sich auf die Einschulung gefreut? ☐ ja ☐ nein _____

Wurde das Kind zunächst vom Schulbesuch zurückgestellt? ☐ nein ☐ ja, aus folgenden Gründen:

☐ verspielt, psychisch nicht schulreif ☐ körperlich nicht schulreif

☐ Verhaltensauffälligkeiten ☐ sonstiges _____

Es besuchte nach der Rückstellung bis zur Einschulung ☐ die Vorschule ☐ den Kindergarten

☐ zu Hause

In welchem Alter wurde es eingeschult? ____ Jahre

In welche Schule wurde es eingeschult? _____

Gab es Schulwechsel? ☐ nein ☐ ja _____

Hat das Kind eine oder mehrere Klassen wiederholt? ☐ nein ☐ ja _____

Gab es jemals ernste Probleme mit einer Lehrkraft? ☐ nein ☐ ja _____

Ging das Kind gern zur Schule? ☐ nein ☐ ja

Welche Lieblingsfächer hatte das Kind? _____

Welche Fächer mochte es gar nicht? _____

Welche anderen schulischen Aktivitäten machten ihm Spaß? ☐ Basteln ☐ Spiele

☐ Gesprächskreis ☐ Stillarbeit ☐ AGs ☐ OGS

Zeigte es in der Grundschule Verhaltensauffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja _____

_____

_____

ZWISCHENRAUM
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

WEITERFÜHRENDE SCHULE

In welchem Alter ist der/die Jugendliche auf die weiterführende Schule gewechselt? ___ Jahre

Hat er/sie seit der 5. Klasse die Schule gewechselt? ☐ nein ☐ ja _____

Hat er/sie eine Klasse wiederholt? ☐ nein ☐ ja _____

Gab es jemals ernsthafte Probleme mit Lehrkräften? ☐ nein ☐ ja _____

Geht der/die Jugendliche gern zur Schule? ☐ nein ☐ teils/teils ☐ ja

Welche Schulfächer mag er/sie besonders gern? _____

Welche Fächer mag er/sie nicht? _____

Wie lange ist er/sie an den Wochentagen in der Schule? Mo bis ___ Uhr Di bis ___ Uhr

Mi bis ___ Uhr Do bis ___ Uhr Fr bis ___ Uhr

Nimmt er/sie an schulischen Aktivitäten teil? ☐ nein ☐ AGs _____ ☐ Schulband

☐ Theater ☐ Sport ☐ Schülervertretung ☐ sonstiges_____

Wie schreibt er/sie? ☐ ordentlich und gleichmäßig ☐ eher schludrig ☐ langsam ☐ schnell

Zeigt er/sie Ausdauer beim Schreiben? ☐ ja ☐ nein _____

Hat der/die Jugendliche Lern- oder Leistungsschwierigkeiten? ☐ nein ☐ LRS ☐ Dyskalkulie

☐ Aufmerksamkeitsprobleme ☐ Prüfungsangst ☐ andere _____

Gibt es unterstützende Maßnahmen? ☐ nein ☐ Nachteilsausgleich ☐ Lerntherapie ☐ Nachhilfe

☐ Coaching ☐ andere_____

Wie verhält sich der/die Jugendliche vor Klassenarbeiten/Klausuren? _____

Zeigt er/sie auffälliges Verhalten in der Schule? _____

Hat er/sie viele Fehlzeiten? Wenn ja, warum? ☐ nein ☐ wegen körperlicher Krankheit ☐ wegen

psychosomatischer Beschwerden ☐ wegen Schulverweigerung ☐ sonstige _____

Wie erledigt der/die Jugendliche seine Hausaufgaben? ☐ konzentriert ☐ unkonzentriert

☐ ausdauernd ☐ leicht ermüdbar ☐ leicht ablenkbar ☐ will nur schnell fertig werden

Wie geht er/sie an Aufgaben heran? ☐ arbeitet zügig ☐ arbeitet langsam ☐ macht viele Pausen

☐ beginnt oft, ohne die Aufgabenstellung genau zu lesen

Macht er/sie die Hausaufgaben selbstständig? ☐ immer ☐ meistens ☐ selten ☐ nie

Wann erledigt er/sie gewöhnlich die Hausaufgaben? _____

Wie lange dauern die Hausaufgaben? ☐ < 30min ☐ < 45min ☐ < 60min ☐ < 90min ☐ < 120min

Werden die Hausaufgaben kontrolliert? ☐ täglich ☐ gelegentlich ☐ nie

Wann packt er/sie die Schultasche? ☐ abends ☐ morgens

Kommt es vor, dass er/sie nicht mehr weiß, was als HA aufgegeben wurde? ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Verliert oder vergisst er/sie Schulmaterialien? ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

Kommt es vor, dass er/sie die Hausaufgaben nicht macht? ☐ häufig ☐ manchmal ☐ selten ☐ nie

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

BISHERIGE MAßNAHMEN

Erhielt der/die Jugendliche bisher spezielle Fördermaßnahmen? ☐ nein ☐ I-Kraft ☐ Nachhilfe

☐ Logopädie ☐ Ergotherapie ☐ Psychomotorik ☐ Frühförderung ☐ AO-SF Verfahren

_____

_____

Wurden jemals von der Schule Ordnungsmaßnahmen oder Sanktionen verhängt? ☐ nein

☐ Nachsitzen ☐ Strafarbeiten ☐ Klassenkonferenz ☐ Versetzung in die Parallelklasse

☐ Ausschluss von der Pause ☐ zeitlich begrenzter Schulausschluss ☐ Schulverweis

☐ sonstige _____

War er/sie bereits in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung? ☐ nein ☐ ja _____

_____

Wurde er/sie medikamentös behandelt? ☐ nein ☐ ja _____

_____

ZWISCHENRAUM
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FREIZEITVERHALTEN, BELASTUNGEN UND PERSÖNLICHKEIT

Was sind die Stärken der/des Jugendlichen? _____

_____

Was interessiert ihn/sie aktuell besonders? _____

_____

Wie verbringt er/sie meist seine Freizeit? ☐ allein ☐ mit Freund:innen ☐ in der Familie

☐ drinnen ☐ draußen ☐ sonstiges_____

Wie ist der Umgang mit digitalen Medien (Handy, Internet, Games, Soziale Medien)?

☐ altersgerecht ☐ übermäßiger Konsum ☐ zieht sich dadurch zurück ☐ sucht Kontakt über Medien ☐ wird online gemobbt ☐ sonstiges _____

Wie geht der/die Jugendliche mit Misserfolgen und Kritik um? ☐ versucht es erneut ☐ braucht emotionale Unterstützung ☐ gibt schnell auf ☐ macht andere verantwortlich ☐ zieht sich zurück ☐ wird wütend ☐ reagiert übertrieben selbstkritisch

Wie reagiert er/sie auf Anweisungen oder Erwartungen im Alltag? ☐ kommt ihnen nach ☐ hinterfragt sie kritisch ☐ ignoriert sie bewusst ☐ reagiert trotzig / verweigernd ☐ ist überfordert

Wie geht er/sie mit Zeit, Terminen und Verantwortung um? ☐ plant eigenständig ☐ braucht Erinnerung und Unterstützung ☐ verliert leicht den Überblick ☐ ist oft zu spät / unorganisiert

Wie geht er/sie mit Geld um? ☐ verantwortungsbewusst ☐ gibt schnell aus ☐ hat keine Kontrolle ☐ verheimlicht Ausgaben ☐ spart gezielt

Wie geht er/sie mit Eigentum, Zimmer und Kleidung um? ☐ sorgfältig ☐ nachlässig ☐ unachtsam gegenüber eigenen / fremden Dingen

Besteht ein altersgerechtes Risikobewusstsein? ☐ ja ☐ nein ☐ überschätzt sich ☐ sucht Grenzerfahrungen

Wie ist die Körperpflege? ☐ angemessen ☐ eher vernachlässigt ☐ übertrieben kontrolliert

Wie würden Sie die allgemeine Stimmungslage einschätzen? ☐ stabil ☐ häufig gereizt ☐ traurig / niedergeschlagen ☐ impulsiv / wütend ☐ unsicher / verletzlich ☐ stark schwankend ☐ übermäßig fröhlich oder aufgedreht

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Gibt es Schwierigkeiten im sozialen Kontakt mit Gleichaltrigen? ☐ nein ☐ neigt zu Konflikten ☐ wird ausgegrenzt / gemobbt ☐ zieht sich zurück ☐ passt sich stark an ☐ hat Mühe, stabile Freundschaften aufzubauen oder zu halten ☐ wirkt dominant / übergriffig ☐ leicht beeinflussbar

Wie ist die Beziehung zu den Geschwistern? ☐ eng ☐ distanziert ☐ konfliktgeladen ☐ wechselhaft

Gibt es Verhaltensauffälligkeiten zu Hause? _____

_____

Sucht er/sie körperliche Nähe? ☐ ja ☐ nein

Hat er/sie jemals selbstverletzendes Verhalten gezeigt? ☐ nein ☐ ja _____

Hat er / sie jemals Suizidgedanken geäußert? ☐ nein ☐ ja _____

Ist er/sie jemals von zu Hause weggelaufen oder über längere Zeit nicht erreichbar gewesen?

☐ nein ☐ ja_____

Wie schläft der/die Jugendliche? ☐ keine Probleme ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen ☐ frühes Erwachen ☐ Alpträume ☐ Schlafwandeln ☐ ist tagsüber sehr müde

Durchschnittlicher Schlaf pro Nacht: ___ Std. (von ___ Uhr bis ___ Uhr)

Besteht aktuell auffälliges Essverhalten? ☐ nein ☐ sehr wählerisch ☐ isst sehr wenig ☐ isst übermäßig ☐ zeigt kontrolliertes Essverhalten ☐ starke Gewichtsschwankungen

Der/die Jugendliche ernährt sich ☐ omnivor ☐ vegetarisch ☐ vegan ☐ andere _____

Hat er/sie Fragen oder Unsicherheiten zur eigenen Identität (z.B. Geschlecht, Orientierung)?

☐ nein ☐ ja ☐ nicht bekannt ☐ möchte nicht darüber sprechen

Wie viele Stunden pro Woche (incl. Wochenende) verbringt das Kind mit

Std. Draußen spielen / chillen mit Freund:innen

Std. Drinnen spielen / chillen mit Freund:innen

Std. Sport, nämlich _____

Std. Hobbies, nämlich _____

Std. Zocken, nämlich _____

Std. Soziale Medien, nämlich _____

Std. Hausaufgaben

Std. Arbeit im Haushalt, nämlich _____

Std. Lohnarbeit, nämlich _____

KRANKHEITEN

Hat der/die Jugendliche alle empfohlenen Impfungen? ☐ ja ☐ nein _____

Hatte er/sie besondere Krankheiten oder Operationen? ☐ nein ☐ ja _____

_____

Hat er/sie Allergien? ☐ nein ☐ ja _____

Hat er/sie eine Hautkrankheit? ☐ nein ☐ ja _____

Hat er/sie Asthma? ☐ nein ☐ ja _____

Gibt es motorische Auffälligkeiten? ☐ nein ☐ ja _____

Hatte er/sie jemals eine Kopfverletzung? ☐ nein ☐ ja _____

War er/sie nach einer Krankheit dauerhaft verändert? ☐ nein ☐ ja _____

Ist er/sie anfällig für Krankheiten? ☐ nein ☐ ja _____

Hat er/sie häufig ☐ Magen-Darm-Probleme ☐ Kopfschmerzen ☐ grippale Infekte

Hat er/sie eine chronische Erkrankung? ☐ nein ☐ ja _____

Hat er/sie eine Behinderung? ☐ nein ☐ ja _____

Muss oder musste er/sie regelmäßig Medikamente einnehmen? ☐ nein ☐ ja _____

_____

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FAMILIENANAMNESE

Jede Familie ist einzigartig und kann ganz unterschiedlich zusammengesetzt sein. Bitte unterstützen Sie uns dabei, Ihre individuelle Situation möglichst genau zu verstehen. Falls Ihre besondere Familienkonstellation in diesem Fragebogen nicht vollständig berücksichtigt wird, streichen oder ergänzen Sie die Angaben gern nach Bedarf.

Geschwisterkind 1 Name _____ Geburtsdatum _____

Schule / Kita: _____

Das Kind lebt ☐ zu Hause ☐ bei Verwandten ☐ in eigener Wohnung ☐ fremduntergebracht

Die Beziehung zu diesem Kind ist ☐ sehr eng / liebevoll ☐ eher positiv / unterstützend

☐ neutral / wenig Kontakt ☐ konflikthaft / angespannt ☐ kein Kontakt

Geschwisterkind 2 Name _____ Geburtsdatum _____

Schule / Kita: _____

Das Kind lebt ☐ zu Hause ☐ bei Verwandten ☐ in eigener Wohnung ☐ fremduntergebracht

Die Beziehung zu diesem Kind ist ☐ sehr eng / liebevoll ☐ eher positiv / unterstützend

☐ neutral / wenig Kontakt ☐ konflikthaft / angespannt ☐ kein Kontakt

Geschwisterkind 3 Name _____ Geburtsdatum _____

Schule / Kita: _____

Das Kind lebt ☐ zu Hause ☐ bei Verwandten ☐ in eigener Wohnung ☐ fremduntergebracht

Die Beziehung zu diesem Kind ist ☐ sehr eng / liebevoll ☐ eher positiv / unterstützend

☐ neutral / wenig Kontakt ☐ konflikthaft / angespannt ☐ kein Kontakt

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name der leiblichen Mutter _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Höchster Abschluss _____ Erlernter Beruf _____

Heutiger Beruf _____ Stundenumfang _____

Zahl der Geschwister: _____, davon ____ Brüder und ____ Schwestern

Bestehen bedeutende Krankheiten, körperliche, seelische oder andere Belastungen? ☐ nein ☐ ja _____

_____

Gibt es in der Familie der Mutter Fälle von ☐ Suchterkrankungen ☐ psychiatrischen Erkrankungen

☐ Delinquenz ☐ Epilepsie ☐ Suizid

Name des leiblichen Vaters _____ Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Höchster Abschluss _____ Erlernter Beruf _____

Heutiger Beruf _____ Stundenumfang _____

Zahl der Geschwister: _____, davon ____ Brüder und ____ Schwestern

Bestehen bedeutende Krankheiten, körperliche, seelische oder andere Belastungen? ☐ nein ☐ ja _____

_____

Gibt es in der Familie der Mutter Fälle von ☐ Suchterkrankungen ☐ psychiatrischen Erkrankungen

☐ Delinquenz ☐ Epilepsie ☐ Suizid

Name der _____ Geburtsdatum _____

☐ **Pflegemutter** Geburtsort _____

☐ **Adoptivmutter** Erlernter Beruf _____

☐ **Stiefmutter** Höchster Abschluss _____

Heutiger Beruf _____ Stundenumfang _____

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name des	_____	Geburtsdatum	_____
☐ **Pflegevaters**		Geburtsort	_____
☐ **Adoptivvaters**		Erlernter Beruf	_____
☐ **Stiefvaters**		Höchster Abschluss	_____
Heutiger Beruf	_____	Stundenumfang	_____

Bitte geben Sie – soweit bekannt – die Daten früherer Beziehungen ein.

		Zusammenwohnen	Ehe	Trennung	Scheidung	Alter der Kinder aus der Beziehung
Letzte Beziehung	Mutter	_____	_____	_____	_____	_____
	Vater	_____	_____	_____	_____	_____
Vorletzte Beziehung	Mutter	_____	_____	_____	_____	_____
	Vater	_____	_____	_____	_____	_____
Beziehung davor	Mutter	_____	_____	_____	_____	_____
	Vater	_____	_____	_____	_____	_____

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FAMILIENGESCHICHTE

Mutter des/der Jugendlichen, bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie aufgewachsen sind. Wie beeinflusst Ihre eigene Kindheit die Art und Weise, wie Sie ihr Kind erziehen?_____

_____

Welche Mitglieder Ihrer Familie (Sie selbst, Ihre Eltern, Geschwister, etc.) haben charakterliche Merkmale, die Sie auch bei Ihrem Kind wiedererkennen? _____

_____

Bitte beschreiben Sie sich selbst (positive und negative Eigenschaften) _____

_____

Wie ist der Kontakt zu Ihren Eltern heute? _____

_____

Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern) besondere Lebensereignisse, die Sie als prägend oder belastend erlebt oder beschrieben bekommen haben? _____

_____

Gab es in Ihrer Familie Fluchterfahrungen, Kriegserlebnisse, Vertreibung oder Gewalt? _____

_____

Gab es Themen, über die in Ihrer Familie nicht gesprochen wurde? _____

_____

Vater der/des Jugendlichen, bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie aufgewachsen sind. Wie beeinflusst Ihre Eigene Kindheit die Art und Weise, wie Sie ihr Kind erziehen?_____

_____

Welche Mitglieder Ihrer Familie (Sie selbst, Ihre Eltern, Geschwister, etc.) haben charakterliche Merkmale, die Sie auch bei Ihrem Kind wiedererkennen? _____

_____

Bitte beschreiben Sie sich selbst (positive und negative Eigenschaften) _____

_____

Wie ist der Kontakt zu Ihren Eltern heute? _____

_____

Gab es in Ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern) besondere Lebensereignisse, die Sie als prägend oder belastend erlebt oder beschrieben bekommen haben? _____

_____

Gab es in Ihrer Familie Fluchterfahrungen, Kriegserlebnisse, Vertreibung oder Gewalt? _____

_____

Gab es Themen, über die in Ihrer Familie nicht gesprochen wurde? _____

_____

ELTERNSCHAFT, ERZIEHUNG UND FAMILIE

Wie würden Sie Ihre Familie beschreiben? Was für eine Familie sind Sie im Vergleich zu anderen Familien? _____

_____

Wie sorgen Sie dafür, dass Ihr Kind tut, was sie möchten? ☐ freundlich fragen ☐ mit Argumenten überzeugen ☐ Botschaft häufig wiederholen ☐ dem Kind klarmachen, wie Sie sich aufgrund seines Verhaltens fühlen (z.B. traurig, wütend, enttäuscht) ☐ Gehorsam belohnen ☐ Ungehorsam bestrafen ☐ drohen oder schreien ☐ festhalten ☐ schlagen ☐ sonstiges _____

Wie zeigen Sie Ihrem Kind Zuneigung und wie reagiert es darauf? _____

_____

In welchen Bereichen empfinden Sie sich als unzureichend oder in Ihrer Rolle als Eltern überfordert? Gibt es Dinge, die Sie bereuen? _____

_____

Gibt es derzeit Themen oder Belastungen, die Ihre Aufmerksamkeit stark beanspruchen – unabhängig vom Kind?_____

Wenn Sie Ihrer derzeitigen Lebenssituation eine Schulnote (1-6) geben müssten, welche wäre das?

Mutter: ___ Vater: ___

ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

FRAGEN FÜR ZUSAMMENLEBENDE ELTERN

Beschreiben Sie Ihre Beziehung zueinander _____

_____

Sind Sie in der Erziehung ein gutes Team? ☐ ja ☐ nein _____

_____

FRAGEN FÜR GETRENNTLEBENDE ELTERN

Was war der Trennungsgrund? _____

_____

Was haben Sie dem Kind bzgl. des Trennungsgrundes erzählt? Wie reagierte es? _____

_____

Wie ist die Scheidung verlaufen? ☐ harmonisch ☐ sachlich ☐ juristisch geklärt ☐ hochstrittig

Gibt es eine Umgangsregelung? Wenn ja, ist diese für alle Seiten zu friedenstellend? _____

_____

Wie oft kommunizieren Sie als Eltern miteinander? Sind Sie sich bzgl. der Erziehung einig? _____

_____