



ELTERNFRAGEBOGEN

ZUR ANAMNESE IHRES KINDES

Vorname / Name des Kindes _____

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 LEBENSITUATION 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



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?



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 Stimmeln 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 _____



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 welcher 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 _____

Geht das Kind heute gern zur Schule? nein ja

Welche Lieblingsfächer hat das Kind? _____

Welche Fächer mag es gar nicht? _____

Wie lange ist das Kind jeden Tag in der Schule? Besucht es die OGS BGS

Mo bis __ Uhr Di bis __ Uhr Mi bis __ Uhr Do bis __ Uhr Fr bis __ Uhr

Welche anderen schulischen Aktivitäten machen ihm Spaß? Basteln Spiele

Gesprächskreis Stillarbeit AGs OGS

Wie schreibt es? gleichmäßiges Schriftbild, ordentlich eher schludrig langsam

angemessene Geschwindigkeit schnell

Zeigt es Ausdauer beim Schreiben? ja nein _____

Hat es Lernschwierigkeiten? nein Dyskalkulie LRS andere _____

Hat es dafür einen Nachteilsausgleich Lerntherapie sonstige _____

Wie verhält sich das Kind vor Klassenarbeiten? _____

Zeigt es in der Schule Verhaltensauffälligkeiten? nein ja _____



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Hat es viele Fehlzeiten? nein ja wegen Krankheit psychosomatischer Beschwerden

Schwänzen sonstiges _____

Wie macht das Kind die Hausaufgaben? eher konzentriert eher unkonzentriert ausdauernd

leicht ermüdend leicht ablenkbar will nur schnell fertig werden

Wie geht es bei der Aufgabenbearbeitung vor? eher schnell eher langsam

macht häufig Pausen beginnt mit Aufgaben, ohne sich richtig mit der Aufgabenstellung auseinandergesetzt zu haben

Macht es die Hausaufgaben allein? immer meistens selten nie

Wann macht es gewöhnlich die Hausaufgaben? _____

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

Werden die Hausaufgaben kontrolliert? täglich gelegentlich nie

Durch wen? _____

Wann packt es seine Schultasche? abends morgens

Kommt es vor, dass das Kind nicht mehr weiß, was als HA gestellt wurde? häufig manchmal

selten nie

Verliert oder vergisst es Arbeitsmaterialien? häufig manchmal selten nie

Kommt es vor, dass es die HA nicht macht? häufig manchmal selten nie



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

BISHERIGE MAßNAHMEN

Erhielt das Kind 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 es bereits in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung? nein ja _____

Wurde es medikamentös behandelt? nein ja _____



FREIZEITVERHALTEN, BELASTUNGEN UND PERSÖNLICHKEIT

Was sind die Stärken Ihres Kindes? _____

Was / womit spielt es am liebsten? _____

Welche Interessen hat es? _____

Spielt es am liebsten allein mit Geschwistern mit Freund:innen drinnen draußen

Gibt es Auffälligkeiten im Spielverhalten? nein kann nicht verlieren hält sich nicht an Regeln

spielt sehr wild kann nicht ruhig spielen zerstört mutwillig Spielzeug wenig phantasievoll

Wie reagiert das Kind auf Misserfolge? versucht es erneut benötigt Co-Regulation

gibt schnell auf ist enttäuscht ignoriert Misserfolg wird wütend

Hört es zu, wenn andere mit ihm sprechen? eher ja, scheint aufmerksam eher nein, scheint nicht zuzuhören

Platzt es häufig mit der Antwort heraus, bevor eine Frage vollständig gestellt wurde? nein ja

Wie reagiert es auf Anweisungen? Befolgt sie sofort ungern erst nach mehreren Aufforderungen gar nicht

Wie reagiert es auf Zeitvorgaben? ist pünktlich kann planen kann Dauer einschätzen

Kann es mit Geld umgehen? ja nein _____

Geht es sorgsam mit Eigentum und Kleidung um? ja nein _____

Hat es ein Gefahrenbewusstsein? ja nein _____

Pflegt es sich adäquat? (waschen, duschen, frische Kleidung...) ja nein _____

Wie verhält es sich fremden Erwachsenen gegenüber? ängstlich zurückhaltend

aufgeschlossen vertrauensselig oppositionell sonstige _____

Wie würden Sie die Grundstimmungslage des Kindes einschätzen? fröhlich ausgeglichen

gedrückt wechselhaft stark schwankend impulsiv wütend gereizt

empfindlich kränkbar



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Gibt es Schwierigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen? will immer bestimmen wertet andere ab ist streitsüchtig beschuldigt andere wegen eigener Fehler ist körperlich aggressiv wartet nicht ab, bis es an der Reihe ist ist angeberisch drängt sich anderen Kindern auf Außenseiter Mitläufer wird oft verspottet oder ausgelacht beschimpft andere spielt den Clown nimmt anderen etwas weg kann sich nicht durchsetzen hat Wutanfälle wird eher gemieden hat Schwierigkeiten, Freundschaften zu schließen hat Schwierigkeiten, Freundschaften zu halten sonstiges _____

Wie lange halten Freundschaften für gewöhnlich? < 6 Mon. 6-12 Mon. mehrere Jahre

Gibt es Verhaltensprobleme im häuslichen Bereich? _____

Sucht das Kind körperliche Nähe? ja nein

Ist es jemals von zu Hause weggelaufen? nein ja (wann? Wie häufig?) _____

Tut es sich selbst körperlich weh? nein ja _____

Wie ist die Beziehung zu seinen Geschwistern? _____

Hat es Schlafprobleme? nein schläft schlecht ein wacht zu früh auf wacht nachts auf hat Alpträume Nachtschreck Schlafwandeln ist morgens müde

Wie viele Stunden schläft es durchschnittlich pro Nacht? __Std. (von __Uhr bis __Uhr)

Nässt oder kotet es nachts ein? nein jede Nacht mehrmals pro Woche manchmal selten

Zeigt es starken Bewegungsdrang? nein ja _____

Gibt es Auffälligkeiten bzgl. der Sexualität? nein ja _____

Wurde es sexuell aufgeklärt? nein ja, durch _____

Besteht auffälliges Essverhalten? nein ist wählerisch isst in Komponenten isst nur bestimmte Lebensmittel isst zu wenig isst zu viel sonstiges _____



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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 das Kind alle empfohlenen Impfungen? ja nein _____

Hatte es besondere Krankheiten oder Operationen? nein ja _____

Hat es Allergien? nein ja _____

Hat es eine Hautkrankheit? nein ja _____

Hat es Asthma? nein ja _____

Gibt es motorische Auffälligkeiten? nein ja _____

Hatte es jemals eine Kopfverletzung? nein ja _____

War es nach einer Krankheit dauerhaft verändert? nein ja _____

Ist es anfällig für Krankheiten? nein ja _____

Hat es häufig Magen-Darm-Probleme Kopfschmerzen grippale Infekte

Hat es eine chronische Erkrankung? nein ja _____

Hat es eine Behinderung? nein ja _____

Muss oder musste es 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 _____ Erlerner 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 _____ Erlerner 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 _____ Erlerner Beruf _____

Stiefmutter _____ Höchster Abschluss _____

Heutiger Beruf _____ Stundenumfang _____



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Name des	_____	Geburtsdatum	_____
<input type="checkbox"/> Pflegevaters		Geburtsort	_____
<input type="checkbox"/> Adoptivvaters		Erlerner Beruf	_____
<input type="checkbox"/> 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 Kindes, 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 des Kindes, 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? _____



ZWISCHENRAUM

Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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? _____

ELTERNCHAFT, 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 friedensstellend? _____

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