

Aha Psychotherapie Angelika Hahl

Max-von-Laue-Straße 62

74081 Heilbronn

Tel: 01 76 - 61 49 06 28

www.aha-therapie.de

angelikahahl@me.com

Sehr geehrte Eltern und Bezugspersonen,

in diesem Fragebogen werden wichtige grundlegende Daten zu Ihrem Kind erfragt. Außerdem geht es um die Entwicklung des Kindes bis zum jetzigen Zeitpunkt. Dadurch hat der Fragebogen einen recht großen Umfang.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Sie helfen uns damit, die Entwicklung Ihres Kindes und mögliche Ursache für die Probleme besser verstehen und einordnen zu können. Insbesondere bei Fragen zur frühkindlichen Entwicklung kann es hilfreich sein, das gelbe Untersuchungsheft zu Rate zu ziehen.

Bitte kennzeichnen Sie diejenigen Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind, zusätzlich mit einem Fragezeichen.

Wenn Sie untereinander unterschiedlicher Meinung sein sollten, ist das kein Problem. Benutzen Sie dann einfach zwei verschiedene Stiftfarben, um ihre Einschätzung kenntlich zu machen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen

Persönliche Daten des Kindes

Name, Vorname	Adresse:
Geburtsdatum:	Beim wem liegt das Sorgerecht?
Krankenversicherung (gesetzl./privat, Name) Versicherungsnummer	Hauptversicherte Person
E-Mail-Adresse (bei Jugendlichen)	Handynummer (bei Jugendlichen)
Aktuelle Schulform und Klassenstufe	Name der Schule und Klassenleitung

Leibliche Eltern

Leibliche Mutter

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Adresse:

Schul- und Ausbildungsabschluss

Beruf

E-Mail-Adresse

Telefonnummer / Handynummer

Leiblicher Vater

Name, Vorname

Geburtsdatum:

Adresse:

Schul- und Ausbildungsabschluss

Beruf

E-Mail-Adresse

Telefonnummer / Handynummer

Kind lebt bei:

- | | |
|--|---|
| ☐ beiden Eltern | ☐ einem Elternteil (mit neuem Partner) |
| ☐ Im Wechsel bei beiden Eltern | ☐ anderen Verwandten |
| ☐ Wohngruppe / Jugendhilfeeinrichtung | ☐ anderen: _____ |

Weitere, wichtige Bezugspersonen (z.B. Pflegeeltern, Stiefeltern, Großeltern)

Beziehung aus Sicht des Kindes (z.B. Oma)	Beziehung aus Sicht des Kindes (z.B. Oma)
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Schul- und Ausbildungsabschluss	Schul- und Ausbildungsabschluss
Beruf	Beruf
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse
Telefonnummer / Handynummer	Telefonnummer / Handynummer

Sollten Sie weitere wichtige Bezugspersonen nennen wollen, benutzen Sie bitte die Rückseite.

Geschwister

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf	Verwandtschaftsgrad
			☐ Leibl. Geschwister ☐ Halbgeschwister väterl. ☐ Halbgeschwister mütterl. ☐ Stiefgeschwister väterl. ☐ Stiefgeschwister mütterl.
			☐ Leibl. Geschwister ☐ Halbgeschwister väterl. ☐ Halbgeschwister mütterl. ☐ Stiefgeschwister väterl. ☐ Stiefgeschwister mütterl.
			☐ Leibl. Geschwister ☐ Halbgeschwister väterl. ☐ Halbgeschwister mütterl. ☐ Stiefgeschwister väterl. ☐ Stiefgeschwister mütterl.
			☐ Leibl. Geschwister ☐ Halbgeschwister väterl. ☐ Halbgeschwister mütterl. ☐ Stiefgeschwister väterl. ☐ Stiefgeschwister mütterl.

Helfersystem

Kinder- oder Hausarzt

Name des Arztes	In Behandlung seit:
Adresse	Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse

Weiterer Facharzt #1

Name des Arztes	In Behandlung seit:
Adresse	Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse

Ggf. weiterer Facharzt #2

Name des Arztes	In Behandlung seit:
Adresse	Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse

Ist eine Behörde (z.B. das Jugendamt) unterstützend?

Name der Behörde	Ansprechpartner:
Adresse	Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse

Jugendhilfeträger / Tagesgruppe / Hort

Name	Ansprechpartner:
Adresse	Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

- ☐ Kinder- / Hausarzt
- ☐ Beratungsstelle
- ☐ Kindergarten / Schule
- ☐ andere Familien

- ☐ Psychiater
- ☐ Jugendamt
- ☐ Internet
- ☐ andere

Was finden Sie an Ihrem Kind besonders gut? Was mögen Sie an Ihrem Kind?

Anlass zur Vorstellung, aktuelle Herausforderungen

Welche Sorge, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Kind sich Anlass zur Vorstellung?

Welche weiteren Probleme und Auffälligkeiten machen Ihnen Sorgen?

- | | |
|---|--|
| ☐ Niedergeschlagenheit | ☐ Tics |
| ☐ Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit | ☐ Selbstverletzungen |
| ☐ Kontaktprobleme | ☐ Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen |
| ☐ verweigert den Schul- / Kindergartenbesuch | ☐ Selbstwertprobleme |
| ☐ Ängstlichkeit | ☐ Aufbrausen / Wutanfälle |
| ☐ zieht sich zurück/geht nicht unter Leute | ☐ Unruhe / Ungeduld |
| ☐ Schlafstörungen | ☐ sexuell auffälliges Verhalten |
| ☐ Probleme im Essverhalten | ☐ aggressives Verhalten gegenüber anderen |
| ☐ häufige Schmerzzustände | ☐ Weglaufen |
| ☐ häufige körperliche Beschwerden | ☐ Lügen / Stehlen |
| ☐ Missbrauch von Alkohol, Drogen, Tabletten | ☐ Zerstörung von Gegenständen |
| ☐ Einnässen | ☐ Konflikte mit dem Gesetz |
| ☐ Einkoten | ☐ Bewegungsstörungen |
| ☐ Lernprobleme | ☐ Sprach- und Hörstörungen |
| ☐ Konzentrationsprobleme | ☐ Impulsivität |
| ☐ zwanghaftes Verhalten | ☐ zu hoher Medienkonsum |

Ziele

Was wünschen Sie sich von einer Psychotherapie? Welche Ziele sind Ihnen besonders wichtig?

Vorbehandlungen

Wo haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt? (z.B. Psychotherapie, Kinderarzt, Neurologe, Neuropädiater, Augenarzt, HNO-Arzt, Psychologische Beratungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiater, Logopädie, Ergotherapie, ...andere)

Name, Adresse	Wann	Vorstellungsanlass

Medikamente

Medikamente, die in der Vergangenheit wegen der oben genannten Schwierigkeiten genommen wurden

Name des Medikamentes	Dosierung	eingegenommen von ... bis...

Alle Medikamente, die aktuell eingenommen werden

Name des Medikamentes	Dosierung	seit...

Medizinische Anamnese

Hatte Ihr Kind schwerwiegende körperliche Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche und wann?

Krankenhausaufenthalte/Operationen

Grund	Wann	Name der Insitution

Weitere, ergänzende Angaben zu Klinikaufenthalten:

Hat Ihr Kind **Sehstörungen**?
Wenn ja, welche? Brille?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind **Hörstörungen**?
Wenn ja, welche? Hörgerät?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind **Allergien**?
Wenn ja, welche?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung**?
(z.B. Asthma, Diabetes, Rheuma)
Wenn ja, welche?

☐ Ja

☐ Nein

Hat Ihr Kind eine **Epilepsie / Krampfanfälle**?
Wenn ja, bitte beschreiben Sie die Anfälle

☐ Ja

☐ Nein

Wie schläft Ihr Kind derzeit? _____
(Ein-, Durchschlafstörungen, Alpträume)

Wie isst Ihr Kind derzeit? _____
(Reduktion der Mengen, Essanfälle, etc.)

Suchtmittelanamnese

Mein Kind konsumiert folgende Substanzen:

☐ Alkohol (tägl./wöchentl./unregelmäßig)

☐ Zigaretten (tägl./wöchentl./unregelmäßig)

☐ Cannabis (tägl./wöchentl./unregelmäßig)

☐ nicht verordnete Medikamente (z.B. Tilidin)

☐ Amphetamine (tägl./wöchentl./unregelmäßig)

(tägl./wöchentl./unregelmäßig)

☐ andere: _____

Schwangerschaft

(Hinweis: Sie finden einige der Angaben im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Geplante Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein

Besonderheiten während der Schwangerschaft (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ Blutungen | ☐ Bluthochdruck |
| ☐ Vorzeitige Wehen | ☐ Diabetes (Zuckerkrankheit) |
| ☐ Infektionskrankheiten (z.B. Röteln) | ☐ Ödeme (Wassereinlagerungen) |
| ☐ Schwangerschaftsübelkeit /-erbrechen | ☐ Seelische Belastungen / Konflikte |
| ☐ Medikamenteneinnahme | ☐ Rauchen |
| ☐ Alkoholkonsum | ☐ sonstige: _____ |

Geburt und Neugeborenenzeit

(Hinweis: Sie finden einige der Angaben im Mutterpass und Vorsorgeheft)

Geburt in Schwangerschaftswoche (SSW): _____ (Norm: 40 Wochen)

Geburtsort / Name der Entbindungsklinik: _____

Position in der Geschwisterreihe: _____ Kind von _____ Kindern (Bsp.: 2 Kind von 3 Kindern)

Mehrlingsgeburt ☐ ja ☐ nein

Geburtsgewicht:	Größe:	Geburtsmodus: ☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ Geburtszange ☐ Saugglocke
Kopfumfang:	APGAR-Wert:	

Bestanden nach der Geburt **irgendwelche Auffälligkeiten** bei ihrem Kind? Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte beschreiben: _____

Hatte Ihr Kind in den ersten **4 Lebenswochen** eine der folgenden Probleme / Erkrankungen?

- | | |
|--|---|
| ☐ Blutgruppenunverträglichkeit | ☐ Fieber / Neugeboreneninfektion |
| ☐ Behandlungsbedürftige Gelbsucht | ☐ Neugeborenenkrämpfe |

Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Wurde ihr Kind gestillt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wie lange? _____

Frühkindliche Regulation (bis zum 1. Lebensjahr)

Bitte ankreuzen: 0 = gar nicht 1 = ein wenig 2 = weitgehend 3 = besonders

Ein- und Durchschlafprobleme	0	1	2	3
Fütter- und Trinkschwierigkeiten	0	1	2	3
Auffälligkeiten im Interaktionsverhalten (z.B. wenig Blick-/Körperkontakt)	0	1	2	3
Häufiges Schreien („Schrei-Baby“)	0	1	2	3
Probleme sich zu beruhigen	0	1	2	3

Entwicklung im Kleinkindalter (2. bis 3. Lebensjahr)

Bitte ankreuzen: 0 = gar nicht 1 = ein wenig 2 = weitgehend 3 = besonders

Verzögerung in der motorischen Entwicklung (Sitzen, Krabbeln, Laufen)	0	1	2	3
Probleme in der Sprachentwicklung (Wortschatz, Aussprache, Stottern)	0	1	2	3
Verzögerungen in der Sauberkeitserziehung	0	1	2	3
Probleme im Kontaktverhalten bei Gleichaltrigen und Erwachsenen	0	1	2	3

Temperaments- und Verhaltensauffälligkeiten in den ersten drei Lebensjahren

- | | |
|---|---|
| ☐ Wutausbrüche / Trotzanfälle | ☐ Anhänglichkeit / Klammern |
| ☐ motorische Unruhe / Zappeligkeit | ☐ Eifersucht |
| ☐ Ungeschicklichkeit | ☐ Besonderheiten in der Nahrungsaufnahme |
| ☐ Ungeduld | ☐ übermäßige Ängstlichkeit bei Fremden |
| ☐ Interesse an ungewöhnlichen Dingen | ☐ Einschlafprobleme |
| ☐ Zurückweisen von Körperkontakt | ☐ Alpträume / Schlafwandeln / Nachtschreck |
| ☐ wenig Freude am Spiel | ☐ Nägelkauen / Daumenlutschen |
| ☐ Kopfwerfen, Wiegen mit dem Kopf | ☐ Einnässen / Einkoten |

Hat Ihr Kind an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?

☐ ja

☐ nein

Entwicklung im Vorschulalter

Welche Einrichtungen hat ihr Kind besucht?

☐	Kinderkrippe / Tagesmutter	Name	von ... bis ...
☐	Regelkindergarten		
☐	Sonder- / Förderkindergarten		

Besonderheiten / Verhaltensauffälligkeiten in dieser Zeit:

Ging / geht Ihr Kind... ☐ gerne in den Kindergarten ☐ ungerne in den Kindergarten

Hat Ihr Kind im Vorschulalter **erste feste Freundschaften** geknüpft? ☐ ja ☐ nein

Schulalter / Berufsausbildung

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, aus welchem Grund? _____

Welche Schulen / Ausbildungsstätten besuchte Ihr Kind bisher?

Schule und Schulform / Ausbildungsberuf und -stätte	von ... bis ...

Hat Ihr Kind eine oder mehrere Klassen wiederholt? ☐ ja, die Klasse(n) _____ ☐ nein

Aktuelle Leistungen (Stärken/Schwächen/Veränderungen):

Besonderheiten und Auffälligkeiten in der Schule und bei den Hausaufgaben

- | | |
|--|--|
| ☐ macht die Hausaufgaben nicht / unregelmäßig | ☐ arbeitet unkonzentriert / oberflächlich |
| ☐ motorische Unruhe / Zappeligkeit | ☐ verweigert den Schulbesuch / Unterricht |
| ☐ benötigt viel Hilfe (Hausaufgaben, Lernen) | ☐ ist verträumt / zerstreut |
| ☐ lässt sich leicht ablenken | ☐ ist lustlos / motivationslos |
| ☐ Eltern haben häufig Kontakt zu den Lehrern | ☐ Probleme mit Mitschülern |
| ☐ Probleme Freundschaften zu knüpfen | ☐ Probleme mit Lehrern |
| ☐ macht sich übermäßigen Druck | ☐ Versagensängste |
| ☐ Körperliche Beschwerden | ☐ verschweigt Arbeiten / Leistungen |

Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss?

- ☐ ja, _____ ☐ nein

Interessen und Freizeit

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit (Hobbies, Interessen, sportliche Aktivitäten):

Sind sie zufrieden mit der Freizeitgestaltung Ihres Kindes?

- ☐ ja ☐ nein, weil _____

Freundeskreis

Mein Kind verbringt die Freizeit:

- | | |
|---|--|
| ☐ häufig alleine | ☐ eher mit jüngeren Kindern |
| ☐ meist mit Gleichaltrigen | ☐ eher mit älteren Kindern |
| ☐ meist mit Erwachsenen | ☐ innerhalb der Familie |

Mein Kind hat (Mehrfachnennungen möglich):

☐ eher viele Freundschaften

☐ eher wenige Freundschaften

☐ eher oberflächliche Freundschaften

☐ enge Freundschaften

Kommt es häufiger zu Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen?

☐ nein

☐ ja. Bitte beschreiben:

Medienkonsum

Welche Medien besitzt / nutzt ihr Kind?

☐ TV

☐ Streaming-Anbieter

☐ Handy

☐ Gaming - PC

☐ Tablet

☐ Spielekonsole

☐ Laptop

☐ Smart-Lautsprecher
(z.B. Alexa, Toniebox)

Mediennutzung pro Tag: _____ Std.

Beschränken Sie die Medienzeit Ihres Kindes?

☐ ja

☐ nein

Hat Ihr Kind einen eigenen TV im Zimmer?

☐ ja

☐ nein

Familie

Was trifft auf Ihre Familie zu?

☐ Eltern leben zusammen

☐ Eltern leben getrennt seit _____

☐ Eltern sind geschieden seit _____

☐ neue Partnerschaft der Mutter seit _____

☐ Mutter / Vater alleinerziehend seit _____

☐ neue Partnerschaft des Vaters seit _____

Gibt es in der jetzigen Partnerschaft Probleme, die sich auf Ihr Kind auswirken? ☐ ja ☐ nein

Wie ist gegenwärtig die Beziehung zwischen den leiblichen Elternteilen?

☐ gut und unproblematisch

☐ angespannt / konflikthaft. Bitte beschreiben:

Bei getrennt lebenden Eltern: Welche **Umgangsregelung** wurde getroffen?

Wer hat gegenwärtig den **größten erzieherischen Einfluss** auf Ihr Kind?

Unterscheiden sich Mutter und Vater (oder die gegenwärtigen Bezugspersonen) in ihrem Erziehungsstil?

☐ ja ☐ nein

Erziehungsstil der Mutter (oder der 1. Bezugsperson):

Erziehungsstil des Vaters (oder der 2. Bezugsperson):

Wie ist die
Beziehung zwischen
Mutter (oder der 1.
Bezugsperson) und
Ihrem Kind?

☐ sehr eng
☐ ausgeglichen
☐ angespannt

Wie ist die
Beziehung zwischen
Vater (oder der 1.
Bezugsperson) und
Ihrem Kind?

☐ sehr eng
☐ ausgeglichen
☐ angespannt

Gibt es **relevante körperliche und / oder seelische Krankheiten** oder Störungen bei Mutter, Vater, Geschwistern, Großeltern oder anderen leiblich Verwandten?
(z.B. chronische Krankheiten, Ängste, Depressionen, Abhängigkeiten, Selbstmordversuche?)

Übernimmt Ihr Kind zu Hause feste Aufgaben?

☐ nein.

☐ ja, _____

Wie erledigt Ihr Kind diese Aufgaben?

☐ gerne

☐ wechselhaft

☐ ungerne

☐ verweigert sich / vergisst Aufgaben

Beziehung zu den Geschwistern

Wie ist die Beziehung zu den Geschwistern? Gibt es Spannungen und Konflikte?

Teilt sich Ihr Kind das Zimmer mit jemandem?

☐ ja, mit: _____

☐ nein

Gibt es belastende Lebensereignisse oder weitere wichtige Dinge, die uns bekannt sein sollten?

Fragebogen ausgefüllt von: _____

Datum: _____

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!