

## VDS1-KJa: Elterliche Anamnese der Kindes- und Jugendentwicklung

### Basisbogen für Kinder und Jugendliche von 0 bis 16 Jahren

Name des Kindes: .....	Vornamen: .....
Datum der Aufnahme: .....	vorgestellt von: .....
Geburtsdatum: .....	Medikamente: .....
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** 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 hauptsächlichen** Verhaltensauffälligkeiten bzw. Beschwerden?

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

- 1.3** Wann begannen diese hauptsächlichen 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? JA / NEIN

welche: .....

- 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:

.....

.....

Wieviel **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 des Kindes bei Annahme: .....  
 Lebt in der Familie: JA / NEIN wenn ja, seit wann: .....  
 wenn nein, seit wann nicht mehr: ..... wenn nein, wo lebt sie: .....  
 erlernter Beruf: ..... ausgeübter Beruf: .....  
 Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beschäftigung? .....  
 Arbeitszeiten: .....  
 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:

.....

.....

Wieviel **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 (bitte Namen eintragen): .....

Alter (Geburtsdatum): ..... Schulart: .....

wieviel 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 (bitte Namen eintragen): .....

Alter (Geburtsdatum): ..... Schulart: .....  
 wieviel 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 (bitte Namen eintragen): .....

Alter (Geburtsdatum): ..... Schulart: .....  
 wieviel 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      GENÜGENDE      GUT

**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: ..... JA / NEIN

Hat das Kind ein eigenes Bett?      JA / NEIN

wenn nein, mit wem teilt es das Bett: ..... JA / NEIN

Hat das Kind einen eigenen Schreibtisch?      JA / NEIN

wenn nein, an welchem Tisch arbeitet es: ..... JA / NEIN

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 wieviele: ..... JA / NEIN

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?

.....

Wieviel pro Woche sieht Ihr Kind fern? ..... Std.      Wieviel 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? JA / NEIN

Wie groß ist Ihr Kind im Vergleich zu Gleichaltrigen? .....

Maße: ..... cm Körpergröße ..... kg 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: .....

..... 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"/> Haareausreißen               | 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:

- |                                                              |
|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> häufiges Stolpern                   |
| <input type="checkbox"/> Ungeschicktheit der Hände           |
| <input type="checkbox"/> häufiges Hinfallen                  |
| <input type="checkbox"/> häufiges Anstoßen                   |
| <input type="checkbox"/> unrealistisches Temperaturempfinden |
| <input type="checkbox"/> Vermeidung von Körperkontakt        |
| <input type="checkbox"/> unrealistisches Geräuschempfinden   |
| <input type="checkbox"/> mangelndes Schmerzempfinden         |
| <input type="checkbox"/> 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 <b>Beschwerden</b> , die <b>psychosomatisch</b> sein können? JA / NEIN	
wenn ja, welche: 1. ....	2. ....
in Zusammenhang mit welchen Situationen:	
zu 1.: ....	
zu 2.: ....	

## 7. Therapieziele

7.1	Versuchen Sie, die <b>drei wichtigsten Ziele</b> 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	
Wieviel Ihrer Zeit wollen Sie täglich in die Therapie der Symptome Ihres Kindes investieren?	
5-10 MINUTEN    20 MINUTEN    ½ 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(en): .....		

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