

Katrin Kühne
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Verhaltenstherapie
Systemische Paar- und Familientherapie
Traumatherapie

Kieler Strasse 72
24340 Eckernförde
☎ 04351 7696200

Fragebogen zur Vorgeschichte

1. Angaben zum Kind

Name, Vorname	
Geburtsdatum und –ort	Staatsangehörigkeit
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG <input type="checkbox"/> in einer anderen Einrichtung _____ (welche?)	

2. Angaben zur leiblichen Mutter / Stiefmutter

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Geborene
Geburtsdatum und –ort		Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

3. Angaben zum leiblichen Vater /Stiefvater

Es liegen keine Informationen vor.

Name, Vorname		Geborener
Geburtsdatum und –ort		Staatsangehörigkeit
Erlerner Beruf		
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)		
Telefon 1	Telefon 2	Telefax

9. Wie verlief die Geburt des Kindes?

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> zu früh	<input type="checkbox"/> Querlage	<input type="checkbox"/> Saugglocke	<input type="checkbox"/> Zange
<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt	<input type="checkbox"/> Blutaustausch	<input type="checkbox"/> andere Komplikationen während der Geburt?		
_____ (welche?)				
Fragen zum Kind:				
Gewicht: _____ Gramm		Länge: _____ cm		
Kopfumfang: _____ cm		Apgar-Werte _____ / _____ / _____		
Musste Ihr Kind nach der Geburt ärztlich behandelt werden?				

10. Fragen zur Entwicklung Ihres Kindes

Lernte frei sitzen mit: _____ Monaten	Sprach „2-Wort-Sätze“ mit: _____ Monaten
Lernte frei laufen mit: _____ Monaten	Sauber Tag und Nacht mit: _____ Monaten
Sprach erste Worte mit: _____ Monaten	Trocken Tag und Nacht mit: _____ Monaten
Besonderheiten: _____ (welche?)	

11. Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Welche Personen versorgten Ihr Kind überwiegend in den ersten 3 Lebensjahren?		
<input type="checkbox"/> beide Elternteile	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater
<input type="checkbox"/> Großeltern	<input type="checkbox"/> Tagesmutter	<input type="checkbox"/> Krabbelstube
<input type="checkbox"/> andere Einrichtungen (z.B. Kinderheim)	<input type="checkbox"/> andere Personen	_____ (welche?)

12. Verhalten Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

<input type="checkbox"/> immer in Bewegung	<input type="checkbox"/> verletzte sich viel	<input type="checkbox"/> Kopfwerfen, schaukeln mit d. Körper
<input type="checkbox"/> ungeschickt mit den Händen	<input type="checkbox"/> sehr ruhig, bewegungsarm	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen
<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	<input type="checkbox"/> Essschwierigkeiten
<input type="checkbox"/> Haare ausreißen	<input type="checkbox"/> sucht viel die Nähe der Mutter	<input type="checkbox"/> sucht viel Körperkontakt
<input type="checkbox"/> wehrt Körperkontakt ab	<input type="checkbox"/> sehr ängstlich gegenüber Fremden	<input type="checkbox"/> eifersüchtig
<input type="checkbox"/> oft krank	<input type="checkbox"/> spielt wenig auf eigene Initiative	<input type="checkbox"/> gehemmt, unsicher, ängstlich
<input type="checkbox"/> trotzig	<input type="checkbox"/> andere Verhaltensweisen	_____ (welche?)

13. Fragen zur Kindergartenzeit

Wie lange besuchte Ihr Kind den Kindergarten? _____ Jahre

Besuchte Ihr Kind einen Sonderkindergarten? Nein Ja _____
(welchen?)

Hatte Ihr Kind Freude am Kindergarten? Nein Ja _____

Gab es im Kindergarten Probleme? Nein Ja _____
(welche?)

14. Fragen zum Schulalter

Wer versorgt/versorgte das Kind, falls die Eltern berufstätig sind/waren? trifft nicht zu

ein Elternteil Verwandte/Bekannte Tagesmutter

Hort Tagesgruppe versorgt sich selbständig

Wie verlief bislang die Schullaufbahn Ihres Kindes? Einschulungsjahr-Grundschule: _____

normaler Verlauf Vorklasse besucht verspätete Einschulung

Wiederholung einer Klasse _____ Wechsel auf eine Sonderschule
(welche?)

häufige Schulwechsel

Wie regelmäßig besuchte Ihr Kind bislang die Schule? regelmäßig

verspätet sich oft fehlt häufig wegen Krankheit

schwänzt/schwänzte häufig fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____
(welche?)

Wo macht Ihr Kind vorwiegend seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten sind möglich)

eigenes Zimmer Küche Wohnzimmer

Hort Schule anderswo _____
(wo?)

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig mit gelegentlicher Hilfe vorwiegend mit Hilfe

Wieviel Zeit benötigt Ihr Kind durchschnittlich für die Hausaufgaben?

Erhält Ihr Kind Nachhilfe?

nein ja _____
(welche?)

Welche Schule besucht Ihr Kind zur Zeit? entfällt, da noch nicht schulpflichtig

Name der Schule: _____ Klasse: _____

Name der Klassenlehrerin: _____

Falls Ihr Kind die Schule bereits beendet hat, welchen Schulabschluss hat er/sie erreicht?

kein Schulabschluss Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss

Realschulabschluss Fachhochschulreife Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

15. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Womit beschäftigt sich Ihr Kind in der Freizeit am liebsten?

Spielt Ihr Kind lieber: allein mit anderen Kindern mit Erwachsenen

Mein Kind besucht in der Freizeit einen:

Sportverein Musikgruppe Spielgruppe

Jugendgruppe Spielpark/Jugendzentrum anderes: _____ (was?)

16. Wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer oder Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt ja bei:

17. Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Ohrenerkrankungen Sehstörungen Hörstörungen

Augenerkrankungen Sprachstörungen Bewegungsstörungen

Hauterkrankungen/Allergien Asthma Stoffwechselerkrankungen/Diabetes

Hirn-/Hirnhautentzündungen Anfallsleiden andere Krankheiten

Aktuelles Gewicht: _____ Größe: _____ (welche?)

Traten solche Krankheiten/Beschwerden schon bei anderen Familienmitgliedern auf? (mehrere Antworten sind möglich)

entfällt bei Geschwistern beim Vater

bei der Mutter bei den Großeltern bei anderen Verwandten

Hat Ihr Kind schwere Unfälle erlitten? nein ja

18. Gab es Belastende Ereignisse im Leben Ihres Kindes?

Welche? _____

19. Welche Stärken besitzt Ihr Kind? Was mögen Sie an Ihrem Kind besonders?

20. Woran würden Sie merken, dass Ihrem Kind die Therapie hilft?

21. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter Vater Geschwister

Verwandter _____ (wer?) andere Person _____ (wer?)

Erklärung

Ich bin damit einverstanden, dass mein Kind

_____ geb.: _____

In der KJP Praxis Katrin Kühne psychotherapeutisch behandelt wird.

(Unterschrift aller Sorgeberechtigter)

Ort, Datum

Ohne Ihr ausdrückliches Einverständnis darf ich mit niemandem über Ihre Problematik reden, keine weiteren Informationen einholen und auch keine Auskunft geben. Falls ich mit anderen Personen Kontakt aufnehmen und auch den überweisenden Arzt/Hausarzt informieren soll, müssen Sie mich von der Schweigepflicht entbinden.

Schweigepflichtsentbindung

Hiermit entbinden wir Katrin Kühne von der Schweigepflicht gegenüber:

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

Hiermit entbinden wir:

.....

gegenüber Frau Kühne von der Schweigepflicht.

.....Datum:.....

Unterschrift aller Sorgeberechtigten