

# Tobias Emrich

## Kinder- und Jugendlichen- psychotherapie

Rathenaustraße 29  
67547 Worms  
tel. 06241 – 24446  
fax. 06241 – 9741341  
[www.psychotherapie-emrich.de](http://www.psychotherapie-emrich.de)  
[praxis@psychotherapie-emrich.de](mailto:praxis@psychotherapie-emrich.de)

Sehr geehrte Eltern / Sorgeberechtigte,

in diesem Fragebogen geht es um die Entwicklung des Kindes bis zum jetzigen Zeitpunkt. Dadurch erhält der Fragebogen einen recht großen Umfang.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Sie helfen damit, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen eher verstehen und einordnen zu können und so die Grundlage zu schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen.

Zum Teil brauchen Sie das Zutreffende nur anzukreuzen. Bei den anderen Fragen schreiben Sie Ihre Antwort bitte auf die dafür vorgesehene Linie, oder aber Sie beantworten die Fragen direkt mit Zahlenangaben (z.B. Jahreszahlen).

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

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Bemühungen

Tobias Emrich



### Persönliche Daten des Kindes / Jugendlichen

Name, Vorname:	Adresse:
Geb. am:	Sorgerecht:
Mailadresse Patient:	Handynummer Patient:
Krankenversicherung:	Hauptversicherter / Versichertennummer
Schule und Klasse:	Klassenlehrer/-in:

### Eltern

#### Leibliche Mutter

#### Leiblicher Vater

Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geb. am:	Geb. am:
Adresse:	Adresse:
Beruf:	Beruf:
Telefon/ Handy:	Telefon/ Handy:
Mailadresse Mutter:	Mailadresse Vater:

### Soziale Eltern

#### Pflege-/ Adoptiv- /Stiefmutter

#### Pflege-/ Adoptiv- / Stiefvater

Name, Vorname	Name, Vorname
Geb. am:	Geb. am:
Adresse:	Adresse:
Beruf:	Beruf:
Telefon/ Handy:	Telefon/ Handy:
Mailadresse:	Mailadresse:

### Ggf. weitere wichtige Bezugsperson

Name, Vorname
Geb. am:
Adresse:
Beruf:
Telefon/ Handy:



### Geschwister des Patienten

Name, Vorname	Geburtsdatum	Schule/Beruf

### Ärzte

Haus-/Kinderarzt

weiterer Arzt

Name	Name
Adresse	Adresse
Telefonnummer	Telefonnummer

### Kontakt zu Behörden (z.B. Jugendamt)

Name der Behörde	
Adresse	Ansprechpartner
	Telefon

### Jugendhilfe

- Erziehungsbeistand / Familienhilfe
- Tagesgruppe
- Wohngruppe / Heim
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Name des Trägers	
Adresse	Ansprechpartner
	Telefon



## Anlass zur Vorstellung, aktuelle Beschwerden

Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Kind sind Anlass für Sie, sich an mich zu wenden:

Welche weiteren Probleme und Auffälligkeiten bei Ihrem Kind machen Ihnen Sorgen?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit                      | <input type="checkbox"/> Tics                                    |
| <input type="checkbox"/> Mutlosigkeit, Antriebslosigkeit           | <input type="checkbox"/> Selbstverletzungen                      |
| <input type="checkbox"/> Kontaktprobleme                           | <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch                       |
| <input type="checkbox"/> Gleichgültigkeit                          | <input type="checkbox"/> Zerstören von Gegenständen              |
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit                             | <input type="checkbox"/> Aufbrausen, Wutanfälle                  |
| <input type="checkbox"/> Geht nicht unter Leute                    | <input type="checkbox"/> Unruhe, Ungeduld                        |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen                           | <input type="checkbox"/> Sexuelle Auffälligkeiten                |
| <input type="checkbox"/> Essensprobleme                            | <input type="checkbox"/> Aggressives Verhalten gegenüber anderen |
| <input type="checkbox"/> Häufige Schmerzzustände                   | <input type="checkbox"/> Weglaufen, Streunen                     |
| <input type="checkbox"/> Häufige sonstige körperliche Beschwerden  | <input type="checkbox"/> Lügen                                   |
| <input type="checkbox"/> Missbrauch von Alkohol, Tabletten, Drogen | <input type="checkbox"/> Stehlen                                 |
| <input type="checkbox"/> Einnässen                                 | <input type="checkbox"/> Konflikte mit dem Gesetz                |
| <input type="checkbox"/> Einkoten                                  | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen                      |
| <input type="checkbox"/> Lern- und Arbeitsstörungen                | <input type="checkbox"/> Sprachstörungen                         |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen                   | <input type="checkbox"/> Hörstörungen                            |

## Vorbehandlungen

Wo haben Sie Ihr Kind bereits wegen der oben genannten Schwierigkeiten vorgestellt?

(z.B. Kinderarzt, Neurologe, Orthopäde, Augenarzt, HNO-Arzt, Kinderklinik, Psychologische Beratungsstelle, Kinder- und Jugendpsychiater, Krankengymnastik, Logopädie, Ergotherapie, Psychotherapie, andere )

Name, Adresse	Wann?	Warum?

## Medikamente

Medikamente **in der Vergangenheit** wegen der oben genannten Schwierigkeiten:

Medikamentenname	Dosierung	Zeitraum



**Alle zur Zeit** eingenommenen Medikamente:

Medikamentenname

Dosierung


### Medizinische Anamnese

Hatte ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

- Schädelverletzung (Monat \_\_, Jahr \_\_)
- Hirnhautentzündung (Monat \_\_, Jahr \_\_)
- Gelbsucht (Monat \_\_, Jahr \_\_)
- sonstige: \_\_\_\_\_ (Monat \_\_, Jahr \_\_)

### Krankenhausaufenthalte, Operationen, Unfälle

Warum	Wann	Name der Klinik

Weitere ergänzende Angaben zu Klinikaufhalten:

Hat Ihr Kind Sehstörungen

- Ja  nein
- welche?

Hat Ihr Kind Hörstörung?

- Ja  nein
- welche?

Hat Ihr Kind eine Allergie?

- Ja  nein
- welche?

Hat Ihr Kind eine chronische Erkrankung? (z.B. Asthma, Diabetes, rheumatische Erkrankungen o.a.)

- Ja  nein
- welche?

Hat Ihr Kind Krampfanfälle?

- Ja  nein
- Bitte beschreiben Sie die Anfälle



## Schwangerschaft

Alter der Mutter zum Zeitpunkt der Entbindung: \_\_\_\_\_ Jahre

Besonderheiten während der Schwangerschaft (bitte ankreuzen)

- |  |              |   |              |
|--|--------------|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Blutung   | Monat: _____ | <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck   | Monat: _____ |
| <input type="checkbox"/> Krampfanfälle   |              | <input type="checkbox"/> Röteln oder andere schwere<br>fiebrige Erkrankungen            |              |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen                                      |              | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)                                     |              |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen                             |              | <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen  |              |
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum<br>(wenn ja; wie häufig: _____ )        |              | <input type="checkbox"/> Drogenkonsum<br>(wenn ja; welche: _____ )                      |              |
| <input type="checkbox"/> Zigarettenkonsum<br>(wenn ja; Anzahl pro Tag: _____ ) |              | <input type="checkbox"/> Medikamentenkonsum<br>(wenn ja; welche und wie häufig: _____ ) |              |

Sonstiges:

Erkrankungen der Mutter während der Schwangerschaft

(seelische Belastungen, schwere Krankheiten, Unfälle, Operationen)

- nein
- ja; welche: \_\_\_\_\_
- keine Angaben möglich

War es ein Wunschkind?

- Ja
- nein
- keine Angabe möglich

## Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? (Norm 40):

Geburtsort:

Geburtsgewicht	Größe bei Geburt
Kopfumfang bei Geburt	APGAR-Werte

Geburt nach geplantem Kaiserschnitt?

- ja
- nein

Zwillingsgeburt?

- ja
- nein

Traten bei der Geburt Komplikationen auf?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein                             | <input type="checkbox"/> Abfall der kindlichen Herztöne |
| <input type="checkbox"/> künstliche Einleitung der Geburt | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung        |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel                 | <input type="checkbox"/> grünes Fruchtwasser            |
| <input type="checkbox"/> Zangengeburt                     | <input type="checkbox"/> Notkaiserschnitt               |
| <input type="checkbox"/> Geburt mit der Saugglocke        | <input type="checkbox"/> Steißgeburt                    |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____                 |   |



Traten unmittelbar nach der Geburt oder in den Folgetagen Komplikationen auf?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> nein   | <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit |
| <input type="checkbox"/> die Atmung setzte nicht sofort ein (1. Schrei) | <input type="checkbox"/> Fieber                       |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffbeatmung                             | <input type="checkbox"/> Gelbsucht                    |
| <input type="checkbox"/> Brutkasten                                     | <input type="checkbox"/> sonstiges: _____             |

## Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Wurde Ihr Kind gestillt?

- Nein
- Ja                      Wenn ja, wie lange?

Schwierigkeiten im Säuglingsalter ?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schlafprobleme          | <input type="checkbox"/> Anhaltendes Schreien („Schrei-Baby“) |
| <input type="checkbox"/> Körperkontakt abweisend | <input type="checkbox"/> Schwierig zu beruhigen               |

Andere Probleme:

Hat Ihr Kind an alle Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen?       ja     nein

	Jahr/ Monat		Jahr/ Monat
Freies Laufen		Sauber tags	
Erste Worte		Sauber nachts	
Trocken tags		Fahrrad fahren	
Trocken nachts			

Sprachentwicklung:

Gab es Probleme beim Sprechenlernen (Wortschatz, Aussprache, Stottern, etc.)?

- nein
- ja; welche: \_\_\_\_\_
- keine Angaben möglich

Motorische Entwicklung:

Gab es Probleme mit der Motorik (Probleme der Fein- und Grobmotorik)?

- nein
- ja; welche: \_\_\_\_\_
- keine Angaben möglich

Krankheiten im Säuglings- und Kleinkindalter bis einschließlich 4. Lebensjahr

- nein
- ja; welche: \_\_\_\_\_
- keine Angaben möglich



Wurden bei Ihrem Kind in den ersten drei bis vier Lebensjahren folgende Temperaments- und Verhaltensauffälligkeiten beobachtet?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Wutausbrüche                             | <input type="checkbox"/> Kopfwerfen, Wiegen mit dem Körper (insb. vor dem Einschlafen) |
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe, Zappeligkeit          | <input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen   |
| <input type="checkbox"/> verletzt sich viel                       | <input type="checkbox"/> Haare ausreißen   |
| <input type="checkbox"/> Ungeschicklichkeit                       | <input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln, Nachtschreck                      |
| <input type="checkbox"/> ungewöhnlich starke Trotzanfälle         | <input type="checkbox"/> Einschlafstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Sehr ruhig, bewegungsarm                 | <input type="checkbox"/> Gehemmtheit / Schüchternheit                                  |
| <input type="checkbox"/> Nägelkauen                               | <input type="checkbox"/> starke Ängstlichkeit gegenüber Fremden                        |
| <input type="checkbox"/> Daumenlutschen                           | <input type="checkbox"/> Anhänglichkeit / Trennungsängste                              |
| <input type="checkbox"/> Interesse an ungewöhnlichen Dingen       | <input type="checkbox"/> sonstige: _____   |
| <input type="checkbox"/> wehrt Körperkontakt ab, lässt keinen zu  |  |
| <input type="checkbox"/> Kaum Spielfreude, muss angeleitet werden |  |
| <input type="checkbox"/> Eifersucht                               |  |

## Kindergarten

	War Ihr Kind in der / im:	Von bis (Alter)	Wo
<input type="checkbox"/>	Kinderkrippe		
<input type="checkbox"/>	Regelkindergarten		
<input type="checkbox"/>	Sonderkindergarten		
<input type="checkbox"/>	Kinderhort		

Ging Ihr Kind...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ungerne in den Kindergarten?                         | <input type="checkbox"/> gern in den Kindergarten |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßig in den Kindergarten?<br>Wenn ja, warum? |   |

Welche der folgenden Verhaltensauffälligkeiten machten Ihnen während Kindergartenzeit Ihres Kindes Sorgen?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen             | <input type="checkbox"/> Ungeschicktheit               | <input type="checkbox"/> Trotz, Ungehorsam |
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit               | <input type="checkbox"/> Bewegungsstörungen            | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche      |
| <input type="checkbox"/> Gehemmtheit, Schüchternheit | <input type="checkbox"/> Zappeligkeit                  | <input type="checkbox"/> Kontaktstörungen  |
| <input type="checkbox"/> Einordnungsschwierigkeiten  | <input type="checkbox"/> Unkonzentriertheit            | <input type="checkbox"/> Tics              |
| <input type="checkbox"/> auffälliges Spielverhalten  | <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen                | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen     |
| <input type="checkbox"/> Essensschwierigkeiten       | <input type="checkbox"/> Sexuell auffälliges Verhalten |  |

Gab es sonstige Auffälligkeiten im Kindergartenalter?





## Schule/Beruf

Wurde Ihr Kind vor Einschulung von der Schule zurückgestellt?  ja  nein  
Wenn ja, aus welchem Grund?

Welche Schulen besuchte Ihr Kind bisher?		
Schule	von	bis

Hat Ihr Kind eine Klasse wiederholt?

- nein
- ja, die \_\_\_\_\_ Klasse(n)

Welche schulischen Stärken hat Ihr Kind?

Welche Schwierigkeiten oder Schwächen zeigen sich **gegenwärtig** in der Schule?

Welche schulischen Schwierigkeiten oder Schwächen hatte Ihr Kind **in der Vergangenheit**?

Müssen Sie sich um die schulischen Angelegenheiten Ihres Kindes kümmern,  
z.B. Hausaufgabenkontrolle, etc.

- Häufig
- Selten
- Nie

Haben Sie Kontakt mit der Schule?

- Häufig
- Selten
- Nie

Welche schulischen Schwierigkeiten werden von den Lehrern berichtet?



Macht Ihr Kind die Hausaufgaben regelmäßig?

- Ja
- Widerwillig
- Nein

Wie arbeitet ihr Kind bei den Hausaufgaben?

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> zerstreut      | <input type="checkbox"/> mit häufigen Pausen     | <input type="checkbox"/> gibt leicht auf          |
| <input type="checkbox"/> verspielt      | <input type="checkbox"/> ausdauernd              | <input type="checkbox"/> lustlos                  |
| <input type="checkbox"/> benötigt Hilfe | <input type="checkbox"/> unordentlich            | <input type="checkbox"/> muss sich häufig bewegen |
| <input type="checkbox"/> verträumt      | <input type="checkbox"/> abgelenkt               | <input type="checkbox"/> selbstständig            |
| <input type="checkbox"/> konzentriert   | <input type="checkbox"/> gewissenhaft            | <input type="checkbox"/> langsam                  |
| <input type="checkbox"/> oberflächlich  | <input type="checkbox"/> braucht Druck von außen |   |

Wie verhält sich ihr Kind vor Klassenarbeiten?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> zuversichtlich  | <input type="checkbox"/> hat keinen Appetit  | <input type="checkbox"/> ist sehr aufgeregt       |
| <input type="checkbox"/> ruhig, gelassen | <input type="checkbox"/> Erbrechen, Übelkeit | <input type="checkbox"/> hat Angst                |
| <input type="checkbox"/> verschweigt sie | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen     | <input type="checkbox"/> geht nicht in die Schule |

Hat Ihr Kind bereits einen Schulabschluss?

- Nein
- Ja                      Welchen:

*Wenn Ihr Kind sich in einer beruflichen Ausbildung befindet:*

Welche Berufsausbildung(en) hat ihr Kind bisher begonnen oder abgeschlossen?

## Interessen und Freizeit

Was finden Sie an Ihrem Kind besonders gut? Womit sind Sie besonders zufrieden?

Was macht Ihr Kind in der Freizeit (Hobbies, sportliche Aktivitäten etc.)?

Gibt es besondere Abneigungen (Spiele, Tätigkeiten)?

Kann Ihr Kind die Freizeit sinnvoll gestalten?

- Ja
- nein



Mein Kind verbringt die Freizeit

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> lieber alleine         | <input type="checkbox"/> lieber mit Gleichaltrigen |
| <input type="checkbox"/> lieber mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> lieber mit Jüngeren       |

Mein Kind hat

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> viele Freunde/Freundinnen | <input type="checkbox"/> wenige Freunde/ Freundinnen           |
| <input type="checkbox"/> keine Freunde/Freundinnen | <input type="checkbox"/> Wenige, aber sehr enge Freundschaften |

Hat ihr Kind Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Wenn ja; welche?

## Familienanamnese

Was trifft für Ihre Familie zu?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern leben seit Geburt de Kindes zusammen | <input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt seit _____         |
| <input type="checkbox"/> Eltern sind geschieden seit _____           | <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft des Vaters seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Mutter / Vater alleinerziehend seit _____   | <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft der Mutter seit _____ |

Von wem wurde Ihr Kind bisher vorwiegend erzogen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Von beiden Elternteilen | <input type="checkbox"/> Von der Mutter |
| <input type="checkbox"/> Von den Großeltern      | <input type="checkbox"/> Vom Vater      |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____         |   |

Wer von den erziehenden Personen hat den größten Einfluss auf Ihr Kind?

Unterscheiden sich die erziehenden Personen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen deutlich

- |                               |            |
|-------------------------------|------------|
| <input type="checkbox"/> nein |            |
| <input type="checkbox"/> Ja   | inwiefern? |

Wie ist die Beziehung zwischen Mutter und Kind?

- |   |                                       |                                     |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> angespannt |
| <input type="checkbox"/> _____                      |                                       |                                     |

Wie ist die Beziehung zwischen Vater und Kind?

- |   |                                       |                                     |
|---|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> besonders eng und herzlich | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> angespannt |
| <input type="checkbox"/> _____                      |                                       |                                     |

Wie ist die Beziehung zwischen den Elternteilen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gut und unproblematisch                                |  |
| <input type="checkbox"/> angespannt und / oder konflikthaft, bitte beschreiben: |  |

---

---



---

Welche Auffälligkeiten sind bei leiblichen Verwandten bekannt?

	Mutter	Vater	Geschwister	Großeltern
Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychose / Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufmerksamkeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zwänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstmord -(versuche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chron. körperliche Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriminalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere:

---



---

## Wohnsituation

Wohnorte seit Geburt des Kindes

Zeitraum


Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?

nein

Ja Mit wem?



Gibt es besondere Spannungen oder Probleme zwischen den Geschwistern?

- nein
- Ja mit wem? Bitte beschreiben:

---

---

Wie viel Taschengeld erhält Ihr Kind im Monat?

Bei Jugendlichen: Hat Ihr Kind einen Nebenjob? Wenn ja, in welchem Umfang?

Wird Ihr Kind zu häuslichen Arbeiten herangezogen?

- nein
- Ja zu welchen?

Wie erledigt Ihr Kind diese Pflichten?

- gerne
- ungerne
- weigert sich oder vergisst sie

Gibt es noch etwas, das Sie mir mitteilen möchten?

---

---

---

Herzlichen Dank für Ihre Mühe!

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?

- von der Mutter
- vom Vater
- von beiden Elternteilen gemeinsam
- von einer anderen Person; welche: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift(en): \_\_\_\_\_

