



Tobias Emrich
Kinder- und
Jugendlichen-
psychotherapie

Rathenaustraße 29
67547 Worms
tel. 06241 – 24446
fax. 06241 – 9741341
www.psychotherapie-emrich.de
praxis@psychotherapie-emrich.de

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

Das gesamte Team der Praxis Emrich

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	Leiblicher Vater
Name, Vorname	Name, Vorname
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Adresse:	Adresse:
Schul- und Ausbildungsabschluss	Schul- und Ausbildungsabschluss
Beruf	Beruf
E-Mail-Adresse	E-Mail-Adresse
Telefonnummer / Handynummer	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
			<input type="checkbox"/> Leibl. Geschwister <input type="checkbox"/> Halbgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Halbgeschwister mütterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister mütterl.
			<input type="checkbox"/> Leibl. Geschwister <input type="checkbox"/> Halbgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Halbgeschwister mütterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister mütterl.
			<input type="checkbox"/> Leibl. Geschwister <input type="checkbox"/> Halbgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Halbgeschwister mütterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister mütterl.
			<input type="checkbox"/> Leibl. Geschwister <input type="checkbox"/> Halbgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> Halbgeschwister mütterl. <input type="checkbox"/> Stiefgeschwister väterl. <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinder- / Hausarzt | <input type="checkbox"/> Psychiater |
| <input type="checkbox"/> Beratungsstelle | <input type="checkbox"/> Jugendamt |
| <input type="checkbox"/> Kindergarten / Schule | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> andere Familien | <input type="checkbox"/> 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?

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

Weitere, ergänzende Angaben zu Klinikaufhalten:



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

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

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

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

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

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

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

Suchtmittelanamnese

Mein Kind konsumiert folgende Substanzen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alkohol (tägl./wöchentl./unregelmäßig) | <input type="checkbox"/> Zigaretten (tägl./wöchentl./unregelmäßig) |
| <input type="checkbox"/> Cannabis (tägl./wöchentl./unregelmäßig) | <input type="checkbox"/> nicht verordnete Medikamente (z.B. Tilidin) |
| <input type="checkbox"/> Amphetamine (tägl./wöchentl./unregelmäßig) | (tägl./wöchentl./unregelmäßig) |
| <input type="checkbox"/> andere: _____ | |



Schwangerschaft

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

Geplante Schwangerschaft ja nein

Besonderheiten während der Schwangerschaft (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen | <input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten (z.B. Röteln) | <input type="checkbox"/> Ödeme (Wassereinlagerungen) |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaftsübelkeit /-erbrechen | <input type="checkbox"/> Seelische Belastungen / Konflikte |
| <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme | <input type="checkbox"/> Rauchen |
| <input type="checkbox"/> Alkoholkonsum | <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Geburtszange <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutgruppenunverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Fieber / Neugeboreneninfektion |
| <input type="checkbox"/> Behandlungsbedürftige Gelbsucht | <input type="checkbox"/> 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

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

Hat Ihr Kind an allen Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen? ja nein



Entwicklung im Vorschulalter

Welche Einrichtungen hat ihr Kind besucht?

<input type="checkbox"/>	Kinderkrippe / Tagesmutter	Name	von ... bis ...
<input type="checkbox"/>	Regelkindergarten		
<input type="checkbox"/>	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

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> häufig alleine | <input type="checkbox"/> eher mit jüngeren Kindern |
| <input type="checkbox"/> meist mit Gleichaltrigen | <input type="checkbox"/> eher mit älteren Kindern |
| <input type="checkbox"/> meist mit Erwachsenen | <input type="checkbox"/> innerhalb der Familie |



Mein Kind hat (Mehrfachnennungen möglich):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> eher viele Freundschaften | <input type="checkbox"/> eher wenige Freundschaften |
| <input type="checkbox"/> eher oberflächliche Freundschaften | <input type="checkbox"/> enge Freundschaften |

Kommt es häufiger zu Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen?

- nein
- ja. Bitte beschreiben:

Medienkonsum

Welche Medien besitzt / nutzt ihr Kind?

- | | |
|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Streaming-Anbieter |
| <input type="checkbox"/> Handy | <input type="checkbox"/> Gaming - PC |
| <input type="checkbox"/> Tablet | <input type="checkbox"/> Spielekonsole |
| <input type="checkbox"/> Laptop | <input type="checkbox"/> 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?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eltern leben zusammen | <input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Eltern sind geschieden seit _____ | <input type="checkbox"/> neue Partnerschaft der Mutter seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Mutter / Vater alleinerziehend seit _____ | <input type="checkbox"/> 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 / konfliktuell. 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!

