

Anamnestischer Elternfragebogen

Sehr geehrte Eltern,
 ich bitte Sie, den Fragebogen sorgfältig zu beantworten. Sie helfen mir damit, die vielfältigen möglichen Ursachen Ihrer Probleme eher verstehen und einordnen zu können und so die Grundlage zu schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Außerdem erspart ein solcher Fragebogen ein von vielen als lästig empfundenen Abfragen. Bitte kennzeichnen Sie Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind, mit einem Fragezeichen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

1. Angaben zum Kind

Name	
Eigene Telefonnummer des Kindes- falls vorhanden (Handy)	Geburtsdatum und -ort
Anschrift (Straße, Nr., PLZ, Ort)	
Das Kind lebt bei: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Heim/WG	
Haus- /Kinderarzt (Telefonnummer / Anschrift)	
Krankenkasse (Anschrift/Ansprechpartner falls vorhanden)	

2. Familienanamnese

2.1 Angaben zur leiblichen Mutter des Kindes

Es liegen keine Informationen vor.

Name	Geborene	
Geburtsdatum und -ort	Staatsangehörigkeit	
Ausgeübter Beruf <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos </div>		
Anschrift (falls abweichend)		
Festnetz	Handy	email
Schwere/Chronische Erkrankungen		

2.2 Angaben zum leiblichen Vater des Kindes

Es liegen keine Informationen vor.

Name		Geborener
Geburtsdatum und -ort		Staatsangehörigkeit
Ausgeübter Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos		
Anschrift (falls abweichend)		
Festnetz	Handy	Email
Schwere/Chronische Erkrankungen		

2.3 Familienstand der Eltern

Es liegen keine Informationen vor.

Seit wann sind Sie:

verheiratet getrennt lebend geschieden wiederverheiratet verwitwet

2.4 Familieneinkommen

nicht ausreichend gerade eben ausreichend befriedigend, gut

2.5 Beziehung der Eltern

starke Disharmonie und Zwietracht häufige Missverständnisse und Streit „normale“ Ehe
 gute Harmonie und selten Streit fast völlig Harmonie und Übereinstimmung

Welche Anlässe gibt es für Streitigkeiten zwischen den Eltern? _____

2.6 Angaben zur Partnerin des Vaters

entfällt, da keine für das Kind wichtige neue Partnerin vorhanden Es liegen keine Informationen vor.

Name	Alter / Geburtsdatum
Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos	
Schwere/Chronische Erkrankungen	

2.7 Angaben zum Partner der Mutter

entfällt, da kein für das Kind wichtiger neuer Partner vorhanden Es liegen keine Informationen vor.

Name	Alter / Geburtsdatum
Beruf <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Halbtags <input type="checkbox"/> Stundenweise <input type="checkbox"/> Arbeitslos	
Schwere/Chronische Erkrankungen	

2.8 Angaben zu den Geschwistern des Kindes

Name	Geburtsdatum	Schulart/Ausbildung Klasse	Halb-/Stief- geschwister?	wohnt zu Hause?

2.9 Welche schweren Erkrankungen, Erziehungsschwierigkeiten und Entwicklungsstörungen treten/traten bei den Geschwistern des Kindes auf? (Bitte mit Namensangabe des Kindes)

2.10 Eltern des Vaters

Es liegen keine Informationen vor.

Name des Großvaters	Alter	Beruf
Schwere Erkrankungen		
Name der Großmutter	Alter	Beruf
Schwere Erkrankungen		

2.11 Ehe der Eltern des Vaters:

Es liegen keine Informationen vor.

- starke Disharmonie und Zwietracht
 häufige Missverständnis und Streit
 „normale“ Ehe
 gute Harmonie und selten Streit
 fast völlig Harmonie und Übereinstimmung

2.12 Geschwister des Vaters: (Name, Alter, schwere Erkrankungen)

2.13 Wie sind der Kontakt und die Beziehung zur Familie des Vaters?

2.14 Eltern der Mutter

Es liegen keine Informationen vor.

Name des Großvaters	Alter	Beruf
Schwere Erkrankungen		
Name der Großmutter	Alter	Beruf
Schwere Erkrankungen		

2.15 Ehe der Eltern der Mutter:

Es liegen keine Informationen vor.

- starke Disharmonie und Zwietracht häufige Missverständnis und Streit „normale“ Ehe
 gute Harmonie und selten Streit fast völlig Harmonie und Übereinstimmung

2.16 Geschwister der Mutter: (Vor- und Nachname, Alter, schwere Erkrankungen)

2.17 Wie sind der Kontakt und die Beziehung zur Familie der Mutter?

2.18 Mit welchen Personen der Familie ist das Kind

a.) gerne zusammen? _____

b.) nicht so gerne zusammen? _____

2.19 Wohnung

Der Platz in Ihrer Wohnung erscheint Ihnen:

eher groß

ausreichend

eher beengt

Hat das Kind ein eigenes Zimmer?

Ja Nein

Hat das Kind ein eigenes Bett?

Ja Nein

Sie wohnen im (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Hochhaus Wohnblock Notdürftige Unterkunft

Wer lebt außer Ihnen und Ihren Kindern noch in Ihrer Wohnung/Haus? _____

Wie oft sind Sie seit der Geburt Ihres Kindes umgezogen? _____ mal

In Ihrer Wohnung muss Ihr Kind möglichst ruhig sein?

Ja Nein

In der Umgebung Ihrer Wohnung gibt es genügend Spielgelegenheit für das Kind
genügend Spielkameraden für das Kind

Ja Nein
 Ja Nein

2.20 Wer hat die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorgeschlagen?

Eltern

Arzt

Kindergarten

Hort/Tagesgruppe

Schule

Beratungsstelle

Jugendamt/KSD

Sonstige _____

2.21 Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, benötigen Sie meine Unterstützung?

2.23 Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Auffälligkeiten in der Entwicklung oder im Verhalten bemerkten?

Jahre

2.24 Wo wurde Ihr Kind bereits wegen seelischer oder Verhaltensproblemen vorgestellt?

entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt

<input type="checkbox"/> Sozialpädiatrisches Zentrum		In welchem Jahr
<input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle	Welche?	Jahr
<input type="checkbox"/> Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Welche?	Jahr
<input type="checkbox"/> Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie	Welche?	Jahr
<input type="checkbox"/> Drogenberatungsstelle	Welche?	Jahr
<input type="checkbox"/> Andere	Welche?	Jahr

2.25 Hat Ihr Kind an einer der folgenden Maßnahmen teilgenommen?

- entfällt, da noch nicht untersucht oder behandelt
- Ergotherapie Wann?
- Frühförderung Wann?
- Heilpädagogische Betreuung Wann?
- Logopädie Wann?
- Physiotherapie Wann?
- Sonstiges: Wann?

3. Patientenvorgeschichte

3.1 Wie verlief die Schwangerschaft?

Wenn Blutungen auftraten, kreuzen Sie die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Wenn es zu vorzeitigen Wehen kam, kreuzen Sie die betreffenden Monate an:

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9.

Traten in der Schwangerschaft Erkrankungen auf? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung in welchem Monat? _____

Wie viele Zigaretten rauchten Sie durchschnittlich pro Tag während der Schwangerschaft
keine 1-5 6-10 11-15 16-20 21 und mehr

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? Ja Nein

Fallen in die Schwangerschaft Unfälle oder Operationen oder auch seelische Belastungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurde eine Schwangerschaftsunterbrechung durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, wann und wie viele?

Gab es vor oder nach dieser Schwangerschaft Fehlgeburten? Ja Nein

Wenn ja, wann und wie viele?

Welche Einstellung hatten Sie zum Geschlecht des Kindes? Sie wollten unbedingt

einen Jungen ein Mädchen das Geschlecht war Ihnen eher gleichgültig.

3.2 Wie verlief die Geburt ihres Kindes?

im Krankenhaus Hausgeburt

Handelt es sich um eine Frühgeburt? Wenn ja, Anzahl der Tage: _____

Handelt es sich um eine Übertragung? Wenn ja, Anzahl der Tage? _____

Die Geburt dauerte vom Einsetzen der ersten Wehen an etwa _____ Stunden

Gab es Komplikationen? Künstliche Einleitung der Geburt Kaiserschnitt Steißgeburt

Verschlechterung kindlicher Herztöne Nabelschnurumschlingung um den Hals

nach der Geburt im Brustkasten Sauerstoffbeatmung in den ersten Wochen nach der Geburt Gelbfärbung

Gewicht: _____ Gramm Länge: _____ cm Kopfumfang: _____ cm

Lag eine Zwillingsgeburt vor? Ja Nein

Wenn ja, war der Patient 1. oder 2. Zwillings? 1. 2.

3.3 Stillzeit

Wie lange haben Sie das Kind gestillt? _____

3.4 Schlafverhalten

Wie lange schlief das Kind nach der Geburt im elterlichen Schlafzimmer? _____ Monate

Gab es Schwierigkeiten, das Kind an das eigene Zimmer zu gewöhnen? Ja Nein

3.5 1. Lebensjahr des Kindes

Lagen bei dem Kind im 1. Lebensjahr Ernährungsstörungen mit Klinikaufenthalt vor? Ja Nein

Traten Kopfunfälle im 1. Lebensjahr mit Bewusstlosigkeit auf? Ja Nein

3.6 Frühkindliche Entwicklung

Gab es bedenkliche Verzögerungen in der motorischen Entwicklung laut Kinderarzt beim Sitzen Laufen lernen

Traten Sprachstörungen (Stottern, Lispeln) auf? Wenn ja, welche? _____

Das Kind hat tagsüber nicht mehr eingenässt mit _____

tagsüber nicht mehr eingekotet mit _____

über Nacht nicht mehr eingenässt mit _____

über Nacht nicht mehr eingekotet mit _____

Wie haben Sie erreicht, dass Ihr Kind sauber wurde? _____

3.7 Versorgung in den ersten 3 Lebensjahren

Welche Personen versorgten Ihr Kind überwiegend in den ersten 3 Lebensjahren?

beide Eltern Mutter Vater Großeltern Tagesmutter Krabbelstube andere _____

3.8 Verhalten und Temperament Ihres Kindes in den ersten 3 Lebensjahren

unauffällig

immer in Bewegung verletzte sich viel sehr ruhig, bewegungsarm oft krank

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Angstträume, Schlafwandeln Essschwierigkeiten

Haare ausreißen sucht viel die Nähe der Mutter sucht Körperkontakt wehrt Körperkontakt ab

sehr ängstlich gegenüber Fremden eifersüchtig spielt wenig auf eigene Initiative gehemmt, unsicher

Daumenlutschen Nägelkauen Trotzanfälligkeit wenig Spielfreude

andere Verhaltensweisen: _____

Was war Ihnen in der Entwicklung Ihres Kindes in den ersten drei bis vier Jahren positiv aufgefallen? Über welche Entwicklungsfortschritte hatten Sie sich besonders gefreut? Was mochten Sie besonders an Ihrem Kind?

3.9 Kinderpflege und -erziehung in den ersten drei bis vier Lebensjahren

Es liegen keine Informationen vor.

Die Pflege hatte nur Freude gemacht, es war eine glückliche Zeit Ja Nein

Die Pflege war fast problemfrei, mit den üblichen Schwierigkeiten verbunden Ja Nein

Die Pflege hatte erschöpft, viele Sorgen bereitet Ja Nein

3.10 Fragen zur Kindergartenzeit

Hat Ihr Kind einen Kindergarten besucht? Ja Nein

Wenn nein, weshalb nicht? _____

Wenn ja, Eintritt in den Kindergarten: mit _____ Jahren

Ende des Kindergartenbesuchs: mit _____ Jahren

- Besuchte Ihr Kind mehrere Kindergärten? Ja Nein
Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten? Ja Nein
Hatte Ihr Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten? Ja Nein
Wurden von Kindergärtnerinnen auffällige Verhaltensweisen des Kindes beobachtet? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

3.11 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: _____

- normal spätere Einschulung Wiederholung einer Klasse Wechsel auf Sonderschule häufig Schulwechsels
Hatte das Kind große Eingewöhnungsschwierigkeiten? Ja Nein
Wie regelmäßig besucht Ihr Kind die Schule? regelmäßig verspätet sich oft fehlt häufig wegen Krankheit
 schwänzt/schwänzte häufig fehlt/fehlte oft aus anderen Gründen _____

Das Kind befindet sich jetzt in der _____ Klasse. Klassengröße: _____ Kinder.
Ort und Name der Schule und des Klassenlehrers: _____

Wie sind im Durchschnitt die schulischen Leistungen des Kindes?

- sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft

Welche besonderen Lernschwierigkeiten hat(te) das Kind? _____

Was tun Sie bei guten Schulleistungen/Noten Ihres Kindes? _____

Was tun Sie bei schlechten Noten? _____

Ist das Verhältnis zu einem oder mehreren Lehrern gestört? Ja Nein

Wenn ja, welche Schwierigkeiten bestehen mit welchem Lehrer? _____

Ist das Verhältnis zu den Schulkameraden gestört? Ja Nein

Wenn ja, inwiefern? _____

Ist Ihr Kind gut in die Klasse integriert? Hat es Freunde in der Klasse? Ja Nein

Wie verhält sich das Kind vor Klassenarbeiten?

- Es ist unauffällig und selbstsicher Ja Nein
Es kann die Nacht vorher nicht richtig schlafen Ja Nein
Es hat dann morgens keinen Appetit Ja Nein
Es erbricht oder ihm ist morgens übel Ja Nein
Es verschweigt öfter Klassenarbeiten Ja Nein
Es „spielt“ krank, um sich zu drücken Ja Nein
Es bereitet sich zu *viel* auf Klassenarbeiten vor Ja Nein
Es bereitet sich zu *wenig* auf Klassenarbeiten vor Ja Nein

Welche der folgenden Probleme haben Sie bei Ihrem Kind beobachtet?

Lese-Rechtschreibschwäche von _____ bis _____ Jahren
Rechenschwäche von _____ bis _____ Jahren
Konzentrationsstörungen von _____ bis _____ Jahren
Leistungsverweigerung von _____ bis _____ Jahren
Ausgeprägte Angst vor Versagen von _____ bis _____ Jahren
Übermäßiger Ehrgeiz / zu gewissenhaft von _____ bis _____ Jahren

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

eigenes Zimmer Küche/Wohnzimmer Hort Schule _____

Wie selbständig erledigt Ihr Kind die Hausaufgaben?

vorwiegend selbständig mit gelegentlicher Hilfe vorwiegend mit Hilfe

Erhält Ihr Kind Nachhilfe?

Nein Ja (welche?) _____

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

keinen Schulabschluss Sonderschulabschluss Hauptschulabschluss Realschulabschluss
 Fachhochschulreife Abitur

Über welche Entwicklungsschritte während des Schulalters freuten Sie sich besonders?

3.12 Berufswunsch

Welche Berufswünsche äußert Ihr Kind? _____

Welchen Beruf wünschen Sie sich für Ihr Kind? _____

Hat Ihr Kind bereits eine Lehre bzw. Berufsausbildung begonnen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

3.13 Begabungsniveau

Wie schätzen Sie die Intelligenz Ihres Kindes ein? überdurchschnittlich durchschnittlich unterdurchschnittlich

3.14. Trennung des Kindes von den Eltern (z.B. Heim, Internat, Krankenhausaufenthalte)

Trennung von der Mutter von dem Vater Anlass/Grund

1. Lebensjahr Ja Ja

2.- 4. Lebensjahr Ja Ja

Ab 5. Lebensjahr Ja Ja

3.15. Fragen zum Freizeitverhalten Ihres Kindes

Ihr Kind spielt am häufigsten: innerhalb der Wohnung außerhalb der Wohnung

Im Hause spielt oder beschäftigt sich das Kind am liebsten mit: _____

Im Freien spielt oder beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten mit? _____

Spielt Ihr Kind lieber: allein mit jüngeren Kindern mit älteren Kindern mit Erwachsenem

Wie häufig bringt Ihr Kind Freunde mit nach Hause? sehr oft normal fast nie

Hat Ihr Kind „feste“ Freunde? Ja Nein
Gewinnt Ihr Kind leicht Freunde? Ja Nein
Ihr Kind wird von einigen Spielkameraden deutlich abgelehnt? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Das Kind lehnt von sich aus einige Spielkameraden deutlich ab? Ja Nein

Wenn ja, warum? _____

Spielverhalten des Kindes: (mehrere Antworten möglich)

Es kann nicht verlieren Ja Nein
Es hält sich nicht an die Regeln Ja Nein
Es bleibt nur kurze Zeit bei einer Sache Ja Nein
Es spielt nur sehr selten alleine Ja Nein
Es zerstört oft mutwillig Spielzeug Ja Nein
Es entwickelt wenig Fantasie beim Spiel Ja Nein
Es ist noch sehr verspielt Ja Nein
Es räumt seine Spielsachen zu wenig auf Ja Nein
Es spielt überhaupt zu wenig Ja Nein

Die Familie verbringt die Freizeit meist gemeinsam? Ja Nein

Was tut die Familie nach Feierabend? _____

Was tut die Familie am Wochenende? _____

3.16 Taschengeld

Das Kind bekommt regelmäßig Taschengeld Ja Wenn ja, wie viel pro Woche _____ € Nein

Was macht das Kind mit seinem Geld? _____

Welche Probleme sehen Sie bei Ihrem Kind im Umgang mit Geld? (z.B. kann nicht haushalten; gibt es für unnütze Dinge aus; zu sparsam/geizig; erkauft sich Freundschaften; wegnehmen von Geld)

3.17 Verhältnis zu den Geschwistern

entfällt, da das Kind keine Geschwister hat

Mit welchem seiner Geschwister geht das Kind besonders gerne um? Und warum? _____

Mit welchen Geschwistern bestehen Schwierigkeiten? Was für Probleme sind das? _____

Hat das Kind auf die Geburt von Geschwistern mit Eifersucht reagiert? Ja Nein

3.18 Verhältnis zu den Eltern

Das Kind zieht einen Elternteil vor Mutter Vater Nein

Bestehen Schwierigkeiten zwischen dem Kind und einem Elternteil? Ja Nein

Wenn ja, welche?
mit der Mutter _____

mit dem Vater _____

Womit beschäftigt sich die Mutter vor allen Dingen mit dem Kind? _____

Womit beschäftigt sich der Vater vor allen Dingen mit dem Kind? _____

3.19 Verhältnis zu Gleichaltrigen und Erwachsenen

Ihr Kind ist in der Spiel- und Kindergruppe im Zusammensein mit anderen Kindern unauffällig? Ja Nein

Haben Sie folgenden Auffälligkeiten beobachtet:

will oft den Ton angeben, Anführer sein Ja Nein

ist eher Außenseiter, Mitläufer Ja Nein

ist oft der Prügelknabe Ja Nein

wird häufig verspottet, ausgelacht Ja Nein

will durch Clownerien im Mittelpunkt stehen Ja Nein

setzt sich zu wenig durch Ja Nein

ärgert und hänselt gerne andere Ja Nein

häufige Wut- und Trotzanfalle Ja Nein

Das Verhalten Ihres Kindes mit Erwachsenen ist unauffällig? Ja Nein

Wenn nein, was ist Ihnen aufgefallen?

3.20 Erziehung

Wer erzieht vorwiegend das Kind? Mutter Vater andere Personen _____

Welche der folgenden Erziehungsmaßnahmen üben Sie aus (mehrere Angaben möglich):

Lob Tadel Taschengeldentzug Zimmerarrest eine Ohrfeige

Schenken von Spielzeug Fernsehverbot Strafarbeiten „links“ liegen lassen

Belohnung mit Süßigkeiten Belohnung mit Geld andere Erziehungsmaßnahmen: _____

Wie loben Sie Ihr Kind? Was wirkt als Belohnung? _____

Welche Strafen wirken auf das Kind besonders? _____

Wie ist die Übereinstimmung zwischen den Eltern über ihre Erziehung?

völlige Übereinstimmung in wesentlichen Fragen Übereinstimmung häufige Uneinigkeit

3.21 Sexualanamnese

Ist das Kind sexuell seinem Alter entsprechend aufgeklärt? Ja Nein

Wenn ja, in allen wesentlichen Einzelheiten Ja Nein

weiß nur über den Vorgang der Geburt, nicht aber der Zeugung Bescheid Ja Nein

Ist das Kind bereits in die Pubertät eingetreten? Ja Nein

Traten in der Entwicklung Ihres Kindes sexuelle Auffälligkeiten auf? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3.22 Fragen zu Erkrankungen Ihres Kindes

entfällt, da keine besonderen Krankheiten

Hatte Ihr Kind schwere Unfälle? Ja, welche _____ Nein

3.23 Gab es belastende Ereignisse im Leben des Kindes?

Nein

Ja (Welche?) _____

3.24 Welche Stärken besitzt Ihr Kind?

Was ist Ihnen positiv aufgefallen? Über welche Entwicklungsschritte freuen Sie sich? Was mögen Sie besonders an Ihrem Kind?

4.1 Welche Beschwerden lagen vor oder bestehen noch heute. Tragen Sie bitte das Alter ein.

Im Alter von....	Im Alter von....	Im Alter von....
<input type="checkbox"/> Einnässen <input type="checkbox"/> Einkoten <input type="checkbox"/> Essstörungen <input type="checkbox"/> Daumenlutschen <input type="checkbox"/> Nägelkauen <input type="checkbox"/> Lippenbeißen <input type="checkbox"/> Zähneknirschen <input type="checkbox"/> Ticartige Bewegungen <input type="checkbox"/> Kopfwerfen, Wiegen des Körpers <input type="checkbox"/> Zwanghaftes Wiederholen <input type="checkbox"/> Schlafstörungen <input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln <input type="checkbox"/> Tagträume, gedankenverloren <input type="checkbox"/> Ausgeprägt depressiv <input type="checkbox"/> Spezielle Ängste vor Dingen/Tieren <input type="checkbox"/> Minderwertigkeitsgefühle	<input type="checkbox"/> Eifersucht <input type="checkbox"/> Kontaktstörungen <input type="checkbox"/> immer zappelig <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Herzkreis- und Kreislaufbeschwerden <input type="checkbox"/> Allergien <input type="checkbox"/> Krämpfe, Anfallsleiden <input type="checkbox"/> Atemstörungen, Asthma <input type="checkbox"/> Sehfehler <input type="checkbox"/> Hörfehler <input type="checkbox"/> Körperbehinderung <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerungen <input type="checkbox"/> Linkshändigkeit <input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Übergröße <input type="checkbox"/> Untergröße <input type="checkbox"/> Trotz- und Oppositionshaltung <input type="checkbox"/> Feuerlegen, Zündeln <input type="checkbox"/> Diebstähle, unerlaubtes Wegnehmen <input type="checkbox"/> Weglaufen, „Streunen“ <input type="checkbox"/> Schulschwänzen <input type="checkbox"/> Schulangst <input type="checkbox"/> Übertriebener Ehrgeiz <input type="checkbox"/> Ordnungsdrang, übergenau <input type="checkbox"/> Schwindeln, Lügen <input type="checkbox"/> Selbstmordäußerungen <input type="checkbox"/> Selbstmordversuch <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogenmissbrauch
Weitere Auffälligkeiten, die Ihnen wichtig sind: <hr/>		

5. Konfliktsituation mit dem Kind

Beschreiben Sie eine typische Konfliktsituation des Kindes:

6. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?

Mutter
 Vater
 Geschwister
 Verwandter _____
 andere Person _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für die Beantwortung meiner Fragen!