



## Praxis für Familiengesundheit

MVZ für Innere Medizin, Endokrinologie,  
Diabetologie und Kinder- und  
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fulerumer Str. 223, 45149 Essen

Tel. KJP: +49201-56578640

Tel. Innere: +49201-56578641

Fax: +49201-56578642

mail@praxis-fuer-familiengesundheit.de

www.praxis-fuer-familiengesundheit.de

## Elternfragebogen <sup>®</sup>

Liebe Eltern,

um Ihr Kind / die Patient\*innen bestmöglich behandeln, beraten und therapieren zu können, benötigen wir an dieser Stelle Ihre Mithilfe. Dieser Fragebogen hilft uns einen genauen Überblick über den bisherigen Lebenslauf Ihres Kindes zu erhalten. Sie würden uns sehr helfen, wenn Sie die nachfolgenden Fragen möglichst vollständig, detailliert und in Ruhe beantworten könnten. Bitte bringen Sie diesen Fragebogen zu Ihrem ersten Besuch in unserer KJP mit.

Selbstverständlich werden nachfolgende Infos von uns mit aller Sorgfalt und vertraulich behandelt. Alle von Ihnen gemachten Angaben unterliegen der ärztlichen & therapeutischen Schweigepflicht. Wir danken Ihnen für Ihre Hilfe!

Falls Sie gewisse Angaben nicht machen können oder gewisse Angaben nicht zutreffen, so lassen Sie diese einfach frei!

### Allgemeine Angaben zum / zur Patient\*in:

\_\_\_\_\_  
Nachname des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Vorname(n) des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Geburtsort des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Körpergröße des Kindes / Jugendlichen in cm

\_\_\_\_\_  
Gewicht des Kindes / Jugendlichen

\_\_\_\_\_  
Zuständiger Haus- oder Kinderarzt

# Praxis für Familiengesundheit

**Derzeit** besuchte Schule (Schulform & Klasse) / Kindergarten / Ausbildung / Studium / oder falls nichts zutreffend 'Sonstiges':

---

---

## Familiäre Verhältnisse:

Wie wächst ihr Kind auf? Bitte machen Sie Angaben:

### 1. Mutter

Angaben zur leiblichen Mutter / Stiefmutter / Pflegemutter (bitte einkreisen):

---

Nachname

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

Geburtsort

---

Staatsangehörigkeit

---

Familienstand

---

Derzeitig ausgeübter Beruf

---

Wie viele Stunden die Woche arbeitet die Mutter?

Bitte machen Sie Angaben zum Schulabschluss und / oder der Ausbildung bzw. akademischen Laufbahn:

---

---

### 2. Vater

Angaben zum leiblichen Vater / Stiefvater / Pflegevater (bitte einkreisen):

---

Nachname

---

Vorname

---

Geburtsdatum

---

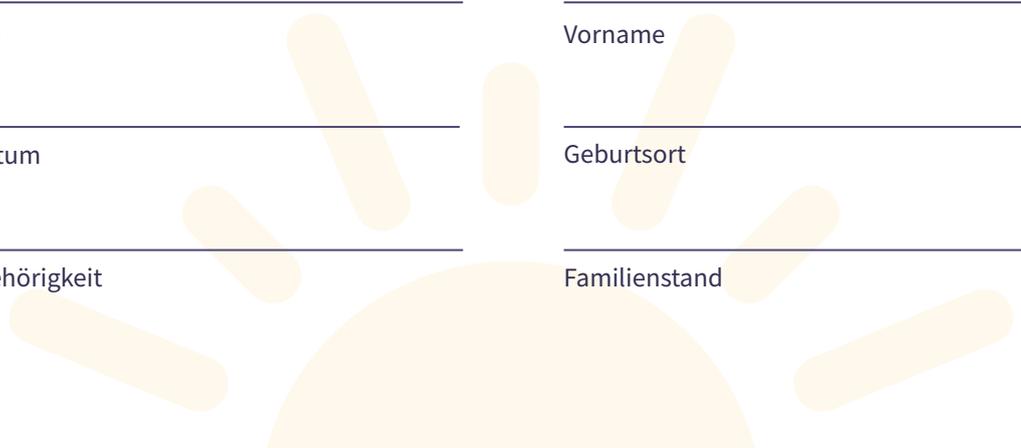
Geburtsort

---

Staatsangehörigkeit

---

Familienstand



# Praxis für Familiengesundheit

---

Derzeitig ausgeübter Beruf

---

Wie viele Stunden die Woche arbeitet der Vater?

Bitte machen Sie Angaben zum Schulabschluss und / oder der Ausbildung bzw. akademischen Laufbahn:

---

---

Gibt es leibliche Geschwisterkinder? Falls ja, bitte machen Sie Angaben zum Geschlecht und Alter.

---

Name	Geschlecht	Alter
------	------------	-------

---

Name	Geschlecht	Alter
------	------------	-------

---

Name	Geschlecht	Alter
------	------------	-------

Gibt es im näheren familiären Umfeld körperliche und / oder psychiatrische Vorerkrankungen bzw. andere chronische Leiden? Falls dies zutrifft, machen Sie bitte Angaben zur Krankheit und zu dem Familienmitglied, um welches es sich handelt.

---

---

---

---

---

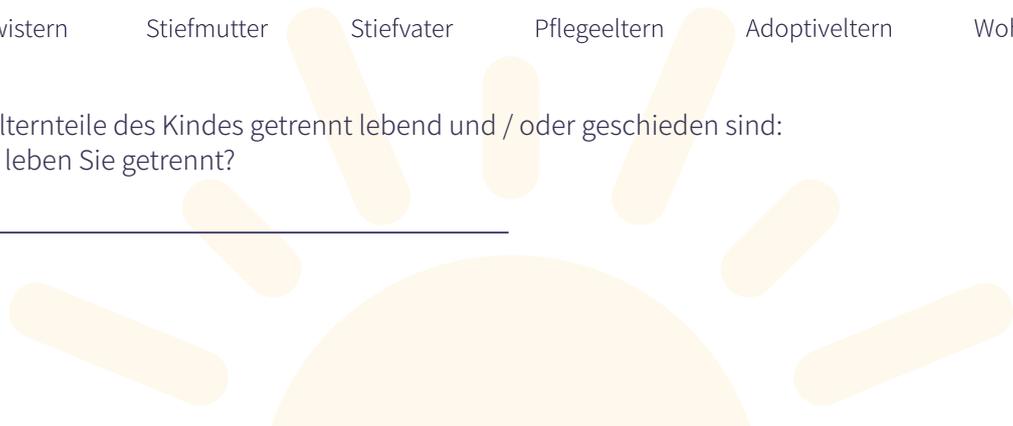
---

Wie ist die aktuelle Wohnsituation Ihres Kindes? Mit wem wohnt ihr Kind derzeit zusammen? Bitte kreisen oder markern Sie die zutreffenden Parteien ein:

Leiblicher Mutter      Leiblichen Vater      Leiblichen Geschwisterkindern      Halbgeschwistern  
Stiefgeschwistern      Stiefmutter      Stiefvater      Pflegeeltern      Adoptiveltern      Wohngruppe

Falls die Elternteile des Kindes getrennt lebend und / oder geschieden sind:  
Seit wann leben Sie getrennt?

---



# Praxis für Familiengesundheit

## Schwangerschaft & Geburt:

Gab es während der Schwangerschaft des hier vorgestellten Kindes irgendwelche erwähnenswerten Besonderheiten / Probleme / Erkrankungen oder Komplikationen? Falls ja, welche?

---

---

---

Wurden während der Schwangerschaft Alkohol oder Nikotin oder bestimmte Medikamente konsumiert? Gab es schwere seelische Belastungen oder Schicksalsschläge während der Schwangerschaft?

---

---

Wie wurde das Baby geboren?

- natürlich  
 geplanter Kaiserschnitt  
 Not-Kaiserschnitt

In welcher Woche wurde das Baby geboren? \_\_\_\_\_

Gab es Besonderheiten / Komplikationen während der Geburt? Beispiele hierfür wären: Ein Not-Kaiserschnitt, Vakuumentzug, Nabelschnurumschlingung, eine Zangengeburt, absinkende Herztöne, Sauerstoffmangel des Babys... Unterstreichen oder markern Sie ggf. Zutreffendes!

Gab es andere besondere Vorkommnisse während oder nach der Geburt? Lag das Baby im Brutkasten oder musste es in einer Kinderklinik behandelt werden?

---

---

Bitte machen Sie folgende Angaben:

Geburtsgewicht des Babys in Gramm: \_\_\_\_\_

APGAR \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Geburtsgröße des Babys in cm: \_\_\_\_\_

## Frühkindliche & kindliche Entwicklung:

Wurde das Baby gestillt?

- ja  nein

Falls ja, bis zu welchem Lebensmonat? \_\_\_\_\_



# Praxis für Familiengesundheit

Wie würden Sie das Verhalten des Babys im ersten Lebensjahr am ehesten beschreiben?

- unauffällig / normal
- auffällig unruhig
- auffällig ruhig

Konnten Sie besondere Auffälligkeiten beobachten, wie...

- exzessives Schreien
- Schlafstörungen
- Futterstörungen

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ab wann konnte das Baby / Kind....

Meilenstein	Monat
Ohne Hilfe sitzen	
Laufen	
Sprechen	

Ab wann wurde das Baby / Kind...

Meilenstein	Monat
Tagsüber sauber (Wasserlassen)	
Nachts sauber (Wasserlassen)	
Tagsüber sauber (Verdauung)	
Nachts sauber (Verdauung)	

Gibt es andere wichtige Anmerkungen zu den ersten Lebensmonaten / der Entwicklung des Babys / Kindes? Falls ja, können Sie diese hier stichwortartig aufzählen!

---



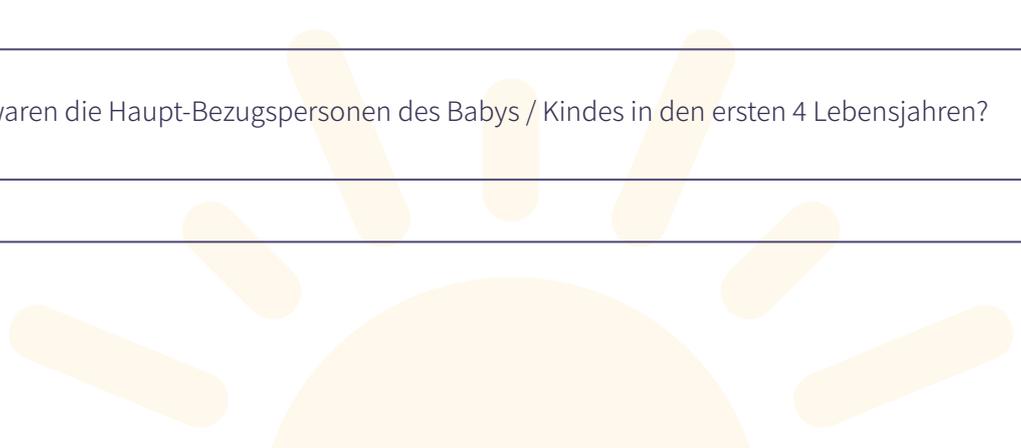
---

Welches waren die Haupt-Bezugspersonen des Babys / Kindes in den ersten 4 Lebensjahren?

---



---



# Praxis für Familiengesundheit

## Kindergarten, Schule, Laufbahn, Ausbildung

### 1. Kindergarten

Ab wann ist das Baby / Kind in eine Kindertagesstätte, zu einer Tagesmutter oder eine ähnliche Einrichtung gegangen? Machen Sie diese Angabe bitte in Jahren oder Monaten! Falls das Kind keine dieser Einrichtungen besucht hat, machen Sie bitte ebenfalls eine kurze Angabe zu Gründen hierzu.

---

---

---

Ist es dem Kind leicht gefallen in den Kindergarten bzw. eine ähnliche Einrichtung zu gehen? Hat es sich trennungsfähig gezeigt oder war der Einstieg problematisch?

---

Gab es oder gibt es während der Kindergartenzeit andere erwähnenswerte Auffälligkeiten?

---

---

### 2. Schule

Wann wurde das Kind eingeschult? Mit \_\_\_\_\_ Jahren.

Falls das Kind bereits / derzeit in die Schule geht, in welche Klasse geht es? \_\_\_\_\_

Gibt es Besonderheiten zur **Grundschulzeit** des Kindes zu erwähnen? Bitte umkreisen oder markern Sie zutreffendes!

Probleme mit Mitschülern      Kind wird / wurde gemobbt      Probleme mit Lehrern      Probleme beim Lernen

Probleme beim Erstellen der Hausaufgaben      Überspringen einer Klasse      Wiederholen einer Klasse

Generelles Schulverweigern      Generell auffälliges Sozialverhalten      Angst vor der Schule

Oft Krank in der Schule      Schlechte Noten      Konzentrationsprobleme      Aufmerksamkeitsprobleme

Motorikprobleme      Häufiges Fehlen      Häufiges Schwänzen      Häufiges Zuspätkommen

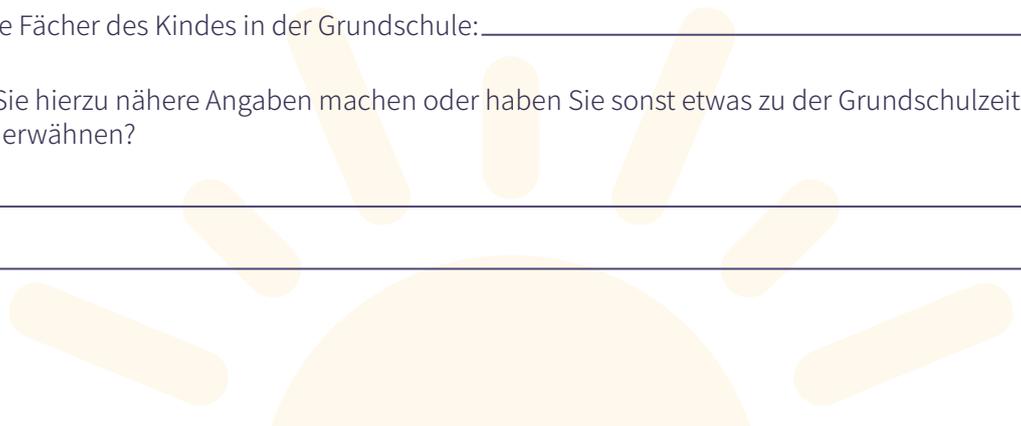
Lieblingsfächer des Kindes in der Grundschule: \_\_\_\_\_

Unbeliebte Fächer des Kindes in der Grundschule: \_\_\_\_\_

Möchten Sie hierzu nähere Angaben machen oder haben Sie sonst etwas zu der Grundschulzeit des Kindes zu erwähnen?

---

---



# Praxis für Familiengesundheit

Welche **weiterführende** Schule besucht das Kind oder hat das Kind besucht?

- Gymnasium
- Realschule
- Gesamtschule
- Hauptschule
- Förderschule
- Berufsschule

Gibt es Besonderheiten zur **weiterführenden Schulzeit** des Kindes / Jugendlichen zu erwähnen?  
Bitte umkreisen oder markern Sie zutreffendes!

- Probleme mit Mitschülern      Kind wird / wurde gemobbt      Probleme mit Lehrern      Probleme beim Lernen
- Probleme beim Erstellen der Hausaufgaben      Überspringen einer Klasse      Wiederholen einer Klasse
- Generelles Schulverweigern      Generell auffälliges Sozialverhalten      Angst vor der Schule
- Oft Krank in der Schule      Schlechte Noten      Konzentrationsprobleme      Aufmerksamkeitsprobleme
- Motorikprobleme      Häufiges Fehlen      Häufiges Schwänzen      Häufiges Zuspätkommen

Lieblingsfächer des Kindes in der weiterf. Schule: \_\_\_\_\_

Unbeliebte Fächer des Kindes in der weiterf. Schule: \_\_\_\_\_

Möchten Sie hierzu nähere Angaben machen oder haben Sie sonst etwas zu der Schulzeit auf der weiterführenden Schule zu erwähnen?

---

---

---

 **Bitte bringen Sie die aktuellsten / wichtigsten Zeugnisse des Kindes mit zum Ersttermin**

### 3. Ausbildung

Das Kind / der Jugendliche befindet sich bereits in einer Ausbildung oder hat diese bereits abgeschlossen? Um welche Ausbildung / Arbeit handelt es sich?

---

Gibt es Besonderheiten zu der Ausbildung / Arbeitsstelle des Kindes / Jugendlichen zu erwähnen?  
Z.B.: Ist der Jugendliche eher zufrieden oder eher unzufrieden? Ist der Jugendliche eher zuverlässig oder unzuverlässig? Kommt der Jugendliche mit Kollegen & Vorgesetzten zurecht? Bitte machen Sie ein paar Angaben!

---

---

# Praxis für Familiengesundheit

## Freizeit

Das Kind / der bzw. die Jugendliche hat bestimmte Hobbies, Interessen oder Fähigkeiten oder ist Mitglied in einem oder mehreren Vereinen? Falls ja, konkretisieren Sie dies bitte ein wenig.

---

---

---

Bitte kreuzen Sie die passenden Aussagen über das Kind / den Jugendlichen an!  
Das Kind / der bzw. die Jugendliche...

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ist gerne alleine                      | <input type="checkbox"/> konsumiert Alkohol             |
| <input type="checkbox"/> hat eher wenig Freunde                 | <input type="checkbox"/> raucht                         |
| <input type="checkbox"/> ist am liebsten mit Freunden unterwegs | <input type="checkbox"/> ist viel an der frischen Luft  |
| <input type="checkbox"/> geht gerne Hobbies nach                | <input type="checkbox"/> hat eher gleichaltrige Freunde |
| <input type="checkbox"/> interessiert sich für wenig            | <input type="checkbox"/> hat eher ältere Freunde        |
| <input type="checkbox"/> hat schon einmal Drogen genommen       | <input type="checkbox"/> hat schon einmal gestohlen     |

## Verhalten & Soziales & Beziehungen

Bitte treffen Sie hier Aussagen über das Kind / den Jugendlichen, die **besonders** zutreffen oder **gehäuft** zu beobachten sind! Das Kind, der Jugendliche....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ist oft traurig                           | <input type="checkbox"/> ist sehr unordentlich       |
| <input type="checkbox"/> weint viel                                | <input type="checkbox"/> tagträumt viel              |
| <input type="checkbox"/> stottert                                  | <input type="checkbox"/> kaut an den Nägeln          |
| <input type="checkbox"/> lutscht (immer noch) am Daumen            | <input type="checkbox"/> ist eher unselbstständig    |
| <input type="checkbox"/> ist sehr sensibel                         | <input type="checkbox"/> hat oft Alpträume           |
| <input type="checkbox"/> wacht nachts oft auf                      | <input type="checkbox"/> kann nicht gut alleine sein |
| <input type="checkbox"/> ist ängstlich oder hat Ängste             | <input type="checkbox"/> ist gehäuft krank           |
| <input type="checkbox"/> weigert sich Abends ins Bett zu gehen     | <input type="checkbox"/> kann oft nicht einschlafen  |
| <input type="checkbox"/> kommt morgens nicht gut aus dem Bett      | <input type="checkbox"/> klagt häufig über Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> ist wenig belastbar                       | <input type="checkbox"/> ist eher faul               |
| <input type="checkbox"/> drückt sich vor Aufgaben / prokrastiniert | <input type="checkbox"/> ist (noch) sehr verspielt   |
| <input type="checkbox"/> klagt oft über Bauchweh oder Übelkeit     | <input type="checkbox"/> Erbricht häufig             |
| <input type="checkbox"/> nässt sich ein (nachts)                   | <input type="checkbox"/> nässt sich ein (tagsüber)   |
| <input type="checkbox"/> hört nicht zu                             | <input type="checkbox"/> ist sehr vergesslich        |

## Praxis für Familiengesundheit

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ist oft unkonzentriert              | <input type="checkbox"/> ist tollpatschig / ungeschickt |
| <input type="checkbox"/> isst zu viel / zu oft               | <input type="checkbox"/> isst zu wenig / unregelmäßig   |
| <input type="checkbox"/> klagt oft über Kopfschmerzen        | <input type="checkbox"/> lässt sich leicht ablenken     |
| <input type="checkbox"/> ist extrem aktiv, zappelig, unruhig | <input type="checkbox"/> ist oft nervös                 |
| <input type="checkbox"/> ist sehr schüchtern                 | <input type="checkbox"/> ist sehr passiv                |
| <input type="checkbox"/> ist aggressiv                       | <input type="checkbox"/> macht mutwillig Dinge kaputt   |
| <input type="checkbox"/> haut, beißt Mitmenschen             | <input type="checkbox"/> lügt regelmäßig                |
| <input type="checkbox"/> zeigt sich oft bockig / trotzig     | <input type="checkbox"/> ist ungehorsam / rebellisch    |
| <input type="checkbox"/> ist impulsiv, schnell reizbar       | <input type="checkbox"/> ist oft neidisch               |
| <input type="checkbox"/> ist oft eifersüchtig                | <input type="checkbox"/> ist oft total albern           |
| <input type="checkbox"/> spielt gerne den Clown              | <input type="checkbox"/> ist sehr anhänglich            |

Zeigt Suchtverhalten, falls ja. Welches?

- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Computer                     | <input type="checkbox"/> Handy   |
| <input type="checkbox"/> Tabak                        | <input type="checkbox"/> Alkohol |
| <input type="checkbox"/> Andere Drogen, welche? _____ |                                  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, was? _____        |                                  |

Welche sind die aktuell wichtigsten Bezugspersonen des Kindes / des Jugendlichen?

---

---

---

Fällt Ihnen sonst noch etwas bestimmtes zu dem Kind / dem Jugendlichen ein?

---

---

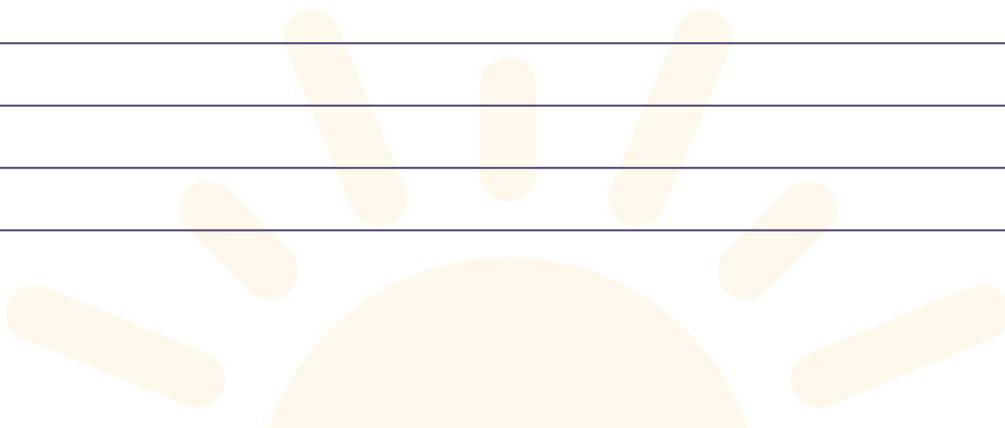
Was schätzen Sie an Ihrem / dem Kind / Jugendlichen am Meisten? Wo sind die Stärken? Was gefällt Ihnen besonders?

---

---

---

---



# Praxis für Familiengesundheit

## Seelische & körperliche Gesundheit

Nun haben Sie schon viele Angaben gemacht. Vielen Dank dafür! Warum suchen Sie uns auf? Bitte schildern Sie die derzeitige Situation / Problematik Ihres Kindes / des Jugendlichen, die dazu geführt hat einen Termin mit uns zu vereinbaren, in Stichworten!

---

---

---

---

---

Können Sie einen Zeitpunkt festmachen, wann dieses Problem / Verhalten erstmalig aufgetreten ist? Gab es ggf. ein einschneidendes Ereignis mit dem die Problematik / die Verhaltensänderung aufgetreten ist?

---

---

---

Waren Sie aufgrund dieser aktuellen Problematik bereits bei anderen (Beratungs-)Stellen? Oder haben andere Maßnahmen ergriffen? An wen haben Sie sich bereits gewandt?

- Arzt / Ärztin                      Name: \_\_\_\_\_
- Psychologe / Psychologin      Name: \_\_\_\_\_
- Psychiatrische Klinik            Name: \_\_\_\_\_
- Krankenhaus                      Name: \_\_\_\_\_
- Logopäde / Logopädin            Name: \_\_\_\_\_
- Ergotherapeut                      Name: \_\_\_\_\_
- Physiotherapeut                    Name: \_\_\_\_\_

- Andere Stellen, Schulberatungsstellen, sonstige Einrichtungen, Erziehungsberatungsstellen?  
Falls ja, welche?

---

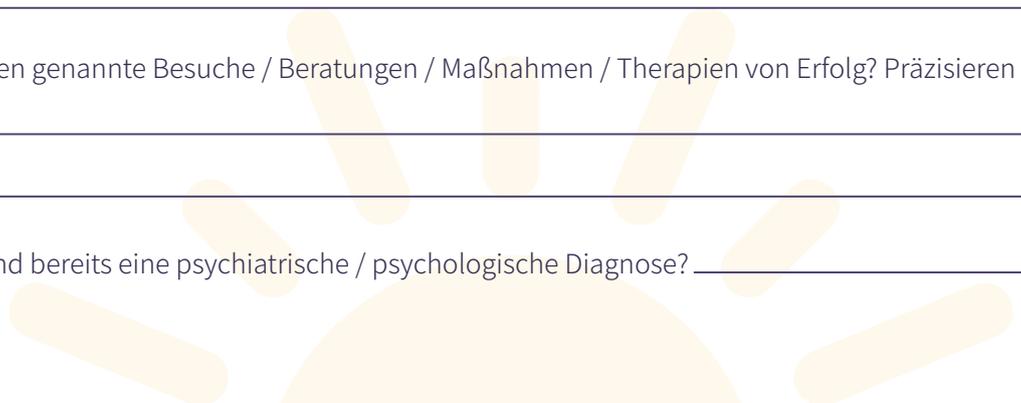
---

Waren oben genannte Besuche / Beratungen / Maßnahmen / Therapien von Erfolg? Präzisieren Sie!

---

---

Hat Ihr Kind bereits eine psychiatrische / psychologische Diagnose? \_\_\_\_\_



## Praxis für Familiengesundheit

Falls ja, welche? Wer hat diese gestellt?

---

---

---

Gibt es körperliche Erkrankungen, die das Kind in der Vergangenheit durchgemacht hat oder eine chronisch, körperliche Erkrankung an dem das Kind / der bzw. die Jugendliche leidet?

---

---

---

War das Kind / der bzw. die Jugendliche schon einmal stationär im Krankenhaus? Falls ja, machen Sie bitte Angaben zum Alter / Zeitpunkt und zum Grund! Gab es Operationen?

---

---

---

Bestehen bei dem Kind / dem bzw. der Jugendlichen Allergien, Medikamentenunverträglichkeiten oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Falls ja, welche?

---

---

Nimmt das Kind / der bzw. Die Jugendliche regelmäßig Medikamente ein? Falls ja, welche?

---

---

*Vielen Dank für Ihre Mithilfe!*

