

**Praxis für Psychotherapie
Turnierstr. 7, 24939 Flensburg**

**Anne Struve-Schmidt
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie -**

Anamnestischer Elternfragebogen

Liebe Eltern,

der folgende Fragebogen enthält wichtige Informationen für die Zusammenarbeit. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen Sie diesen möglichst gewissenhaft aus!

Stammdaten:

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt? _____ Datum: _____

Nachname des Kindes: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ: _____ Ort: _____

Kinderarzt/Hausarzt: _____

Das Kind lebt bei der leiblichen Mutter bei dem leiblichen Vater in einer Pflegefamilie
 in einer Adoptivfamilie in einer Einrichtung in eigener Wohnung

Das Sorgerecht für das Kind hat: _____

Vorbehandlungen:

Psychotherapie ambulante psychiatrische Behandlung Klinik

Sonstiges _____

Allergien/Chronische Krankheiten: _____

Aktuelle Medikation:

Wirkstoff/Dosierung: _____

seit: _____ verordnet von: _____

Fragen zur leiblichen Familie des Kindes:

	Leibliche Mutter	Leiblicher Vater
Vorname, Name:		
geb. am:		
Familienstand:		
Schulabschluss:		
erlernter Beruf:		
jetziger Beruf:		

Geschwister des Kindes (Name und Alter): _____

Erkrankungen (körperlich und psychisch), Todesfälle oder sonstige Belastungen in der Familie:

Ggf. Fragen zur aktuellen Familie des Kindes (z.B. bei Pflegeeltern, Stiefeltern):

	Mutter	Vater
Vorname, Name:		
geb. am:		
Familienstand:		
Schulabschluss:		
erlernter Beruf:		
jetziger Beruf:		

Weitere Kinder in der aktuellen Familie (Name und Alter): _____

Erkrankungen (körperlich und psychisch), Todesfälle oder sonstige Belastungen in der aktuellen Familie:

Familiäres Unterstützungssystem (z.B. Großeltern, Nachbarn, Freunde, sozialpädagogische Familienhilfe):

Fragen zur Entwicklung des Kindes:

Säuglingszeit:

Komplikationen/Belastungen während der Schwangerschaft:

Komplikationen während der Geburt: _____

Wie war das Temperament ihres Kindes im Säuglingsalter? _____

Wer hat Ihr Kind als Säugling betreut? _____

Kleinkindzeit:

In welchem Alter lernte ihr Kind laufen? _____

Wann wurde es sauber? _____

Wann wurde es tagsüber trocken? _____

Wann wurde es nachts trocken? _____

Wie war die Sprachentwicklung: _____

Gab/gibt es wichtige Vorerkrankungen? Welche? _____

Von wem wurde Ihr Kind betreut? _____

Kindergartenzeit:

Wie war/ist das Verhalten Ihres Kindes im Kindergarten? _____

Was waren die Spielvorlieben Ihres Kindes im Kindergarten? _____

Schulzeit:

Wie ist das Verhalten Ihres Kindes in der Schule? _____

Gab es Schwierigkeiten in der schulischen Lernentwicklung? Klassenwiederholungen?

Allgemeines:

Was sind die Stärken Ihres Kindes? _____

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben? _____

Vielen Dank für Ihre Zeit und Mühe!