



Sehr geehrte Eltern, Angehörige, Pflegebeauftragte,

wir möchten Sie herzlich einladen, uns Ihre Zeit für das Ausfüllen des nachfolgenden Fragebogens zu schenken.

Wir benötigen diese Auskünfte über die Familie und Ihr Kind, um die Entstehungsgeschichte der Situation, die Sie zu uns bringt, verstehen zu können. Der Fragebogen gibt Ihnen die Möglichkeit, sämtliche Informationen, die wir brauchen, vor der ambulanten Vorstellung in Ruhe überdenken und aufschreiben zu können.

Wir bitten folgende Unterlagen mitzubringen:

- ☐ das U-Heft
- ☐ die Krankenversichertenkarte
- ☐ den Impfpass
- ☐ Kopien der bisherigen Schulzeugnisse
- ☐ eventuelle Vorbefunde und/oder Medikamentenlisten mitzubringen.

Alle Ihre Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit. Sollten Fragen beim Ausfüllen entstehen, so lassen Sie bitte diese Felder unausgefüllt. Wir bearbeiten sie dann im Erstgespräch.



Name, Vorname des Kindes

- Geschlecht: _____ Geburtsdatum: _____
- Ggf. Herkunftsland /Muttersprache: _____
- Anschrift (ggf. Einrichtung): _____
- Telefonnummer und Email: _____

Sorgeberechtigt (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- ☐ beide Elternteile ☐ nur Mutter ☐ nur Vater ☐ andere

**Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:
Erhoben am:**

Überweisender Kinder-/Hausarzt (Name/ Anschrift):

Warum suchen Sie unsere Klinik auf? Welches Verhalten oder welche Beschwerden zeigt/hat das Kind? (Bitte in Stichworten beschreiben).

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wann ist dieses Verhalten/ sind diese Beschwerden Ihrer Erinnerung nach erstmals aufgetreten?
Wie alt war das Kind?

.....
.....

Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen? ☐ Nei ☐ Ja (welche):

.....
.....
.....
.....
.....



Für wen ist dieses Verhalten des Kindes das größte Problem, wer leidet am meisten darunter?

.....

.....

.....

Welche Stellen haben Sie wegen des beschriebenen Verhaltens bis jetzt bereits aufgesucht?

- ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐ Physiotherapie
☐ Jugendhilfe/Erziehungsberatung ☐ andere:
(Bitte beschreiben)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Haben Sie bereits Kontakt mit dem Jugendamt? ☐ Nein ☐ Ja (Jugendamt? Ihr Sachbearbeiter Namen und Kontaktinformationen?)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Erfolgte bereits eine **kinder- und jugendpsychiatrische, psychologische oder psychotherapeutische** Vorstellung? (Falls ja, im Alter von? Bei wem? Welche Diagnosen wurden gestellt?)

.....

.....

.....

.....



Familiäre Situation:

Name der (biologischen) Mutter:

Geburtsjahr Mutter-Kind Beziehung ☐ sehr gut ☐ gut ☐ schlecht
derzeitige Tätigkeit ☐ ganztags ☐ Teilzeit ☐ arbeitslos ☐ Elternzeit
Schulabschluss ☐ keiner ☐ Haupt- oder Realschulabschluss
☐ Abitur/Fachhochschulreife ☐ (Fach-) Hochschulabschluss

Name des (biologischen) Vaters:

Geburtsjahr Vater-Kind Beziehung ☐ sehr gut ☐ gut ☐ schlecht
derzeitige Tätigkeit ☐ ganztags ☐ Teilzeit ☐ arbeitslos ☐ Elternzeit
Schulabschluss ☐ keiner ☐ Haupt- oder Realschulabschluss
☐ Abitur/Fachhochschulreife ☐ (Fach-) Hochschulabschluss

Ggf. Name der Stiefmutter/ des Stiefvaters:

Geburtsjahr Stiefmutter/-vater-Kind Beziehung ☐ sehr gut ☐ gut ☐ schlecht
derzeitige Tätigkeit ☐ ganztags ☐ Teilzeit ☐ arbeitslos ☐ Elternzeit
Schulabschluss ☐ keiner ☐ Haupt- oder Realschulabschluss
☐ Abitur/Fachhochschulreife ☐ (Fach-) Hochschulabschluss

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| - Eltern zusammenlebend/ verheiratet seit: | ☐ Ja, seit | ☐ Nein |
| - Mutter verstorben seit: | ☐ Ja, seit | ☐ Nein |
| - Vater verstorben seit: | ☐ Ja, seit | ☐ Nein |
| - Eltern getrennt / geschieden | ☐ Ja, seit | ☐ Nein |
| - Mutter krank, behindert: | ☐ Ja, seit | ☐ Nein |
| - Vater krank, behindert: | ☐ Ja, seit | ☐ Nein |

Bei Scheidung oder Trennung der Eltern:

- o Wer hat das Sorgerecht? Ist es eventuell aufgeteilt (Aufenthaltsbestimmungsrecht, Gesundheitsfürsorge, Vermögen...):
.....
- o Bei wem lebt das Kind?
.....
- o Wie häufig hat das Kind Kontakt zum anderen Elternteil? (Zutreffendes bitte ankreuzen)
☐ überhaupt nicht ☐ regelmäßig (z.B. alle 2 Wochen) ☐ unregelmäßig

Zutreffendes bitte ankreuzen

Das Kind wurde adoptiert: ☐ Nein ☐ Ja, im Alter von

Pflegekind: ☐ Nein ☐ Ja, seit



Das Kind lebt jetzt bei:

- ☐ den leiblichen Eltern ☐ dem leiblichen Vater ☐ der leiblichen Mutter
- ☐ den Pflegeeltern (Namen)
- ☐ der Wohngruppe: (ggf. Name der Gruppe und des Bezugsbetreuers)

☐ anderer

Finanzielle Situation der Familie: ☐ zufriedenstellend ☐ ausreichend ☐ belastend

Ist das Kind Einzelkind ☐ Ja ☐ Nein

Wer lebt zusammen mit dem Kind im gleichen Haushalt?

Wie würden Sie Ihren Erziehungsstil beschreiben, z. B. konsequent, gewährend, locker, streng...?

ggf. Geschwister	1	2	3	4	5
Vorname					
Nachname					
Geburtsdatum					
(Leibliche-, Halb- oder Stiefgeschwister):					
Klasse; Schulart oder Schulabschluss					
ggf. Ausbildung / Beruf					
Lebt mit dem Kind/ Jugendlichen im gleichen Haushalt (ja/nein)					
Gibt es Probleme, Auffälligkeiten, oder Erkrankungen? Wenn ja, welche?					



Besonderheiten bei den Familienmitgliedern:

Blutsverwandtschaft der Eltern	☐ Ja	☐ Nein	
ADHS, Hyperaktivität oder Konzentrationsprobleme bei den Geschwistern	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
ADHS, Hyperaktivität oder Konzentrationsprobleme bei den Eltern	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Autismus oder Probleme beim wechselseitigen sozialen Umgang und Austausch bei den Geschwistern	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Autismus oder Probleme beim wechselseitigen sozialen Umgang und Austausch bei den Eltern	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Ticstörungen oder unwillkürliche ungewollte Bewegungen oder Lautäußerungen bei den Geschwistern	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Ticstörungen oder unwillkürliche ungewollte Bewegungen oder Lautäußerungen bei den Eltern	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Epilepsie oder Krampfanfälle in der Familie (Eltern, Geschwister)	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Chronische Schmerzen in der Familie (Eltern, Geschwister)	☐ Ja	☐ Nein	Wer?
Entwicklungsstörungen in der Familie (Eltern, Geschwister)	☐ Ja	☐ Nein	Wer, welche?
Verhaltensprobleme oder Aggressionen in der Familie (Eltern, Geschwister)	☐ Ja	☐ Nein	Wer, welche?
Sprachstörungen in der Familie (Eltern, Geschwister)	☐ Ja	☐ Nein	Wer, welche?
Fehlbildungen oder genetische Krankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister)	☐ Ja	☐ Nein	Wer, welche?



Alkohol-/ Drogenmissbrauch in der Familie (Eltern, Geschwister) ☐ Ja ☐ Nein Wer, welche?

Schizophrenie in der Familie (Eltern, Geschwister) ☐ Ja ☐ Nein Wer?

Suizid (Selbstmord) in der Familie (Eltern, Geschwister) ☐ Ja ☐ Nein Wer?

Herzkrankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister) ☐ Ja ☐ Nein Wer?

Plötzliche Todesfälle in der Familie ☐ Ja ☐ Nein Wer?

Andere psychiatrische oder körperliche Krankheiten in der Familie ☐ Ja ☐ Nein Wer?

Vorgeschichte Ihres Kindes:

Wievielte Schwangerschaft?

Hatte die Kindsmutter Fehl-/ Totgeburten? ☐ Nein ☐ Ja (in welchem Jahr?)

Wie verlief die Schwangerschaft mit dem Kind?

☐ normal

☐ Komplikationen/ Belastungen .

o Infektionen? ☐ Nein ☐ Ja

o Blutungen? ☐ Nein ☐ Ja

o andere Krankheiten? Wie z.B. Blutvergiftung, Diabetes oder Bluthochdruck ☐ Nein ☐ Ja

Hat die Kindsmutter während der Schwangerschaft Alkohol konsumiert? ☐ Nein ☐ Ja (welche und Menge täglich)

Hat die Kindsmutter während der Schwangerschaft Nikotin oder Zigaretten konsumiert? ☐ Nein ☐ Ja (welche und Menge täglich)



Hat die Kindsmutter während der Schwangerschaft Medikamente gegen Epilepsie oder Krampfanfälle eingenommen? ☐ Nein ☐ Ja (welche und Menge täglich)

Alter der Kindsmutter bei der Geburt des Kindes?

Alter des Kindsvaters bei der Geburt des Kindes?

Wie verlief die Geburt? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Normal ☐ Kaiserschnitt (Welcher Grund:.....)

☐ Rechtzeitig

☐ Nabelschnur um den Hals

☐ Frühgeburt in derWoche

☐ Spätgeburt in der.....Woche

☐ Geburtshilfen: Geburtszange / Saugglocke

Geburtsgewicht Länge: Kopfumfang

APGAR Score (Vorsorgeheft): (1., 5., und 10. min)..... Nabelschnur-pH (Vorsorgeheft):

Besonderheiten (Vorsorgeheft): .

Neugeborenenengelbsucht nach der Geburt ☐ Ja ☐ Nein

Gab es Schwierigkeiten während oder nach der Geburt?

Waren die Ärzte über den medizinischen Zustand des Kindes nach der Geburt besorgt? ☐ Ja ☐ Nein

Musste das Kind nach der Geburt auf der Intensivstation stationär aufgenommen werden? ☐ Ja ☐ Nein

Wurde das Kind gestillt? ☐ Ja, wie lange? ☐ Nein

Breikost erhielt das Kind ab: Monat

Feste Nahrung erhielt das Kind ab: Monat

Entwicklung nach der Geburt

Wenn Sie die Entwicklung Ihres Kindes mit anderen gleichaltrigen Kindern vergleichen, dann beurteilen Sie Ihr Kind als:

☐ normal / gleich schnell entwickelt ☐ langsamer entwickelt ☐ rascher entwickelt

(Bitte Zutreffendes ankreuzen)

☐ Pflegeleicht

☐ Schreibaby

☐ Spielkind

☐ Schlafstörungen

☐ Entwicklungsstörung

Hat das Kind gekrabbelt? ☐ Ja ☐ Nein

Wann lernte das Kind laufen (erste freie Schritten) ☐ ≤ 1,5 Jahre ☐ > 1,5 Jahre

Wann könnte das Kind Dreiwortsätze bilden? ☐ ≤ 2 Jahre ☐ 2 - 4 Jahre ☐ > 4 Jahre

Wann war das Kind sauber (kein Einkoten mehr)? ☐ ≤ 4 Jahre ☐ > 4 Jahre ☐ noch nicht



Wann war das Kind tagsüber trocken? ☐ ≤ 5 Jahre ☐ > 5 Jahre ☐ noch nicht

Wann war es nachts trocken? ☐ ≤ 5 Jahre ☐ > 5 Jahre ☐ noch nicht

Nässt das Kind nachts oder tagsüber wieder ein, obwohl es schon einmal längere Zeit trocken war? ☐ Ja ☐ Nein

Ist das Kind ☐ Rechtshänder ☐ Linkshänder ☐ Beidhändig

War das Kind schon einmal im **Krankenhaus**? ☐ Ja ☐ Nein
(im Alter von? Krankheit? Operation?)

Hatte das Kind schon einmal einen **Unfall**?
☐ Nein ☐ Ja (Wann? Art des Unfalls?)

War das Kind Opfer eines **körperlichen oder sexuellen Missbrauchs**?
☐ Nein ☐ Ja (Wann? Art des Missbrauchs?)

Welche **Krankheiten/ Allergien** hat/hatte das Kind? Hatte das Kind schon einmal einen allergischen Schock?

Hat das Kind den **Kindergarten (KiGa)/ Kindertagesstätte (KiTa) (U-3)** besucht?
☐ Ja (im Alter von? . . .) ☐ Nein

Name des KiGa`s/ der KiTa:

Wie war das **Verhalten im KiGa/in der KiTa**?

- ☐ ohne Probleme
- ☐ konnte sich nicht von den Eltern trennen
- ☐ schlechtes Betragen, Aggression
- ☐ es gibt / gab Schwierigkeiten, weil:
- ☐ Unterstützungsmaßnahmen von außen, wie z.B. Integrationskraft



Das Kind besucht zurzeit folgende Schule:

☐ **Nein, kein Schulbesuch, (seit wann? Schulverweigerung. Schulvermeidung ?)**

☐ **Ja (welche Schularart?)**

☐ Vorschule

☐ Grundschule

☐ Hauptschule

☐ Realschule

☐ Gymnasium

☐ Gesamtschule

☐ Förderschule für

Name und Anschrift der Schule, Name des Klassenlehrers/ der Klassenlehrerin
Welche Klasse?

.....
.....

Wie war die Schullaufbahn?

Eingeschult im Alter von

☐ < 6 Jahre

☐ 6 – 7 Jahre

☐ > 7 Jahre

Vorschule besucht

☐ Ja

☐ Nein

Verspätete Einschulung

☐ Ja, wegen

☐ Nein

Wiederholung

☐ Ja (Welche Klasse?)

☐ Nein

Schulwechsel

☐ Ja im Jahre

☐ Nein

Zeitweise keine Schule besucht: ☐ Nein

☐ Ja (von..... bis.....wegen.....)

Geht das Kind aktuell gern zur Schule? ☐ Ja

☐ Nein

Welche besonderen schulischen Fächer/Interessen hat das Kind?

Welche Fächer fallen dem Kind schwerer?



Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

☐ Ja, wegen..... ☐ Nein

Wie beurteilen Sie die gegenwärtige Leistung des Kindes in der Schule?

☐ unterdurchschnittlich ☐ durchschnittlich ☐ überdurchschnittlich

Ist das Kind in einer Kinder-, Jugendgruppe oder in einem Verein?

☐ Nein

☐ Ja, in

Tägliche körperliche Aktivität ☐ < 1 Stunde ☐ > 1 Stunde

Bitte beschreiben:

.....

Soziale Kontakte und Freizeitverhalten:

Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu Freunden ein (außerhalb von der Schule)?

☐ spielt mit vielen Kindern ☐ hat 1-2 gute Freunde ☐ spielt überwiegend mit älteren Kindern

☐ spielt überwiegend mit jüngeren Kindern ☐ spielt alleine

☐ hat Schwierigkeiten, weil

.....

Welche besonderen Neigungen, Hobbys oder Fähigkeiten hat das Kind?

.....

.....

Mediennutzung:

Welche Geräte hat Ihr Kind zur freien Nutzung in seinem/ihrem Zimmer?

☐ Fernseher ☐ Spielkonsole ☐ PC, Laptop, Tablett ☐ Smartphone

Wie lange nutzt Ihr Kind täglich folgende Medien?

	Viel (> 2 Stunden)	Etwas (1 – 2 Stunden)	Wenig (> 1 Stunden)	Nie
Fernseher	☐	☐	☐	☐
Spielkonsole, Wii	☐	☐	☐	☐
PC, Laptop, Tablett oder Internet	☐	☐	☐	☐
Handy	☐	☐	☐	☐

Erarbeitet von: Rauscher/Abdallah
Überarbeitet am: 02.01.2026

Freigabe von: Dr. Abdallah
Freigabe am: 05.01.2026

Version Q1/2026
Überprüfen 12/2028



Vegetative Anamnese

Impfstatus vollständig?

☐ Ja

☐ Nein

Appetit

☐ Normal

☐ Vermehrt

☐ Vermindert

Schlafen

☐ Normal

☐ Alpträume

☐ Einschlafprobleme

☐ Durchschlafprobleme

☐ Schlaf-Tag Rhythmus (Probleme zu "normalen" Zeiten einzuschlafen und gleichzeitig Probleme, am Morgen zu "normalen Zeiten" aufzustehen)

Stuhlgang

☐ Normal

☐ Durchfall

☐ Verstopfung

☐ Einkoten

☐ Nicht normal weil:

Wasserlassen

☐ Normal

☐ Brennen

☐ Einnässen

☐ Nicht normal weil:

Gewicht

☐ Konstant/ Unverändert

☐ Abnahme

☐ Zunahme

Nikotin/ Zigaretten

☐ Nein

☐ Ja (Menge, seit wann)

Alkohol

☐ Nein

☐ Ja (Menge, seit wann)

Drogen

☐ Nein

☐ Ja (Menge, seit wann)

Antibabypille

☐ Nein

☐ Ja (welche, seit wann)

Medikamente

☐ Nein

☐ Ja (welche)

Beginn der Pubertät

☐ befindet sich noch nicht in der Pubertät

☐ Beginn der Pubertät im Alter von

☐ ggf. erste Monatsblutung (Menarche) im Alter von

Datum, Ort:

Namen und Unterschrift aller Sorgeberechtigten:



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG: Medien

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen der ambulanten und/oder stationären Behandlung Foto und/oder Videoaufnahmen meines Kindes zu nachfolgend benannten Zwecken angefertigt, gespeichert und hierfür genutzt werden dürfen

Zu therapeutisch/diagnostische Zwecken

☐ Ja

☐ Nein

Verwendung bei Dokumentenmanagement und E-Akte

☐ Ja

☐ Nein

Einverständniserklärung kann ich jederzeit gegenüber der Klinik widerrufen

Datum:

Name:

Unterschrift:

Notizen