



Sekretariat der KJP  
Vestische Kinder- und  
Jugendklinik Datteln  
Dr.-Friedrich-Steiner-Str. 5  
45711 Datteln

# Elternfragebogen

für die Vorstellung von Kindern/Jugendlichen in  
der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie



Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.  divers

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten der Mutter

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Kontaktdaten des Vaters

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Überweisender Kinder- (Haus-) Arzt: \_\_\_\_\_  
(Bitte den Überweisungsschein mitschicken!!!)

Krankenversicherung:  GKV  Privat  Selbstzahler

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ 9-stellige Krankenkassen-Nr.: \_\_\_\_\_

versichert durch: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wurde das Kind schon einmal bei uns in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt?

nein    Wenn ja:     ambulant     stationär     wo

Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt:

Vater, Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Mutter, Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

andere Person, welche? \_\_\_\_\_

Sind alle Sorgeberechtigten mit der Vorstellung einverstanden?     ja     nein

*Für eine erfolgreiche Behandlung sind für uns einige Informationen notwendig und hilfreich. Wir sichern Ihnen zu, dass wir alle Ihre Angaben **streng vertraulich** behandeln!*

*Bitte kreuzen Sie das jeweils Zutreffende in den entsprechenden Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen werden vielleicht gar nicht auf das Kind zutreffen. Sie können auch Fragen unbeantwortet lassen. Nicht immer sind alle Antworten vorgegeben. In diesen Fällen schreiben Sie Ihre Antworten in Stichworten in die entsprechenden leeren Zeilen.*

*Bitte bringen Sie auch das **gelbe Vorsorgeheft, vorhandene Berichte** anderer Institutionen und Zeugnisse mit.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung!*



Da zu einer umfassenden Beurteilung des Kindes das familiäre und soziale Umfeld sowie seine körperliche und emotionale Entwicklung wichtig sind, bitten wir Sie zunächst, die folgenden Fragen zu beantworten.

## I. Familiäre Situation

1. Beruf des Vaters/Stiefvaters/derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

2. Beruf der Mutter/Stiefmutter/derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

3. Familiäre Situation:

Mutter und Vater verheiratet seit \_\_\_\_\_

Mutter / Vater verstorben, seit \_\_\_\_\_

Mutter / Vater krank, behindert \_\_\_\_\_

getrennt / geschieden seit \_\_\_\_\_

Sorgerecht liegt bei  Vater  Mutter \_\_\_\_\_

Kind lebt bei  Vater  Mutter \_\_\_\_\_

Kind wurde adoptiert im Alter von \_\_\_\_\_

Pflegekind, seit \_\_\_\_\_

Kind lebte in Einrichtung von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Personen betreuen das Kind? \_\_\_\_\_

4. Geschwister: Name/Geburtsdatum \_\_\_\_\_

5. Besteht eine Hörschädigung, Erblindung/andere organische Einschränkung bei Eltern oder Geschwistern? \_\_\_\_\_

Wenn ja, bei wem? \_\_\_\_\_

nein

Falls ja, nutzen Sie Gebärdensprachdolmetscher?

ja  nein

6. Wohnverhältnisse:  gut  ausreichend  eingeschränkt

Kind teilt sich Zimmer mit \_\_\_\_\_

häufiger Wohnungswechsel \_\_\_\_\_

7. Andere Belastungsfaktoren \_\_\_\_\_

8. Leidet jemand aus der Familie des Kindes an z. B. Ängsten, Depressionen, Zwängen, Ess-, Alkoholproblemen oder anderen psychischen Problemen? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wer? Bitte näher beschreiben

nein

## II. Körperliche und geistige Entwicklung des Kindes

---

9. Wie verlief die Schwangerschaft?

normal

Komplikationen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

10. Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes: \_\_\_\_\_

---

11. Wie verlief die Geburt?

normal      Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_

Frühgeburt

Komplikationen

---

12. In welchem Alter lernte das Kind laufen? \_\_\_\_\_

---

13. Erfolgte eine krankengymnastische/ergo-  
therapeutische Behandlung/Frühförderung?

Wenn ja, was? Von - bis wann?

nein

---

14. Wann lernte das Kind sprechen?

Besteht ein Hörschaden?

Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_

nein

---

15. Erfolgte eine Sprachtherapie?

Wenn ja, von - bis \_\_\_\_\_

nein

---

16. Besteht eine Sehschwäche?

Wenn ja, trägt eine Brille seit \_\_\_\_\_

nein

---

17. Wann war es sauber?

- tagsüber trocken
- nachts trocken

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

18. Kommt es vor, dass das Kind tagsüber oder  
nachts einnässt?

Wenn ja,

war schon einmal länger als 6 Monate hintereinander trocken  
(nach dem 5. Lebensjahr)

nein

nässt tags ein, seit \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_\_ x pro Woche

nässt nachts ein, seit \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_\_ x pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden nach dem  
5. Lebensjahr deshalb statt?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

nahm / nimmt welche Medikamente ein?

\_\_\_\_\_

---

19. Kommt es vor, dass das Kind tagsüber oder nachts einkotet?

nein

Wenn ja,

kotet tags ein, seit \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_\_ x pro Woche

kotet nachts ein, seit \_\_\_\_\_ ca. \_\_\_\_\_ x pro Woche

Welche medizinischen Untersuchungen fanden statt?

---

---

20. Beginn der Pubertät?

befindet sich noch nicht in der Pubertät

im Alter von \_\_\_\_\_

erste Monatsblutung im Alter von \_\_\_\_\_

21. Leidet das Kind an einer bestimmten körperlichen Erkrankung (Asthma, Allergien, usw.) oder neurologischen Erkrankung (Anfallsleiden, usw.) oder erblichen/angeborenen Erkrankung?

nein

Wenn ja, seit wann? Welche?

---

---

22. Nimmt das Kind regelmäßig Medikamente ein?

nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

23. War das Kind schon einmal im Krankenhaus?

nein

Wenn ja, im Alter von? Krankheit? Operation?

---

---

24. Hat das Kind schon einmal einen Unfall erlitten?

nein

Wenn ja, Art des Unfalls? \_\_\_\_\_

---

---

### III. Kindergarten - Schule

25. Wie ist/war das Verhalten im Kindergarten?

besucht(e) keinen Kindergarten, weil \_\_\_\_\_

ohne Probleme

es gibt / gab Schwierigkeiten, weil \_\_\_\_\_

---

*Nur falls noch Kindergartenkind*

26. Name des Kindergartens?

Bitte angeben, ob dies ein Regelkindergarten, ein heilpädagogischer, ein integrativer, ein Sprachheilkindergarten, o.ä. ist.

---

---

**Wenn das Kind nicht zur Schule / Vorschule geht, können Sie bei Frage 36 weitermachen ...**

27. Das Kind besucht z. Z. folgende Schule/  
folgenden Schultyp:

- |                                      |                                       |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vorschule   | <input type="checkbox"/> Realschule   |
| <input type="checkbox"/> Grundschule | <input type="checkbox"/> Gymnasium    |
| <input type="checkbox"/> Hauptschule | <input type="checkbox"/> Gesamtschule |

Förderschule mit den Schwerpunkten

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung | <input type="checkbox"/> Lernen                                 |
| <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung               | <input type="checkbox"/> Sehen                                  |
| <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation            | <input type="checkbox"/> Sprache                                |
|   | <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung |

Name und Ort der Schule? \_\_\_\_\_

Name des Lehrers/der Lehrerin? \_\_\_\_\_

Welche Klasse? \_\_\_\_\_

28. Wie war die Schullaufbahn?

- eingeschult am \_\_\_\_\_
- Wiederholung der Klasse \_\_\_\_\_
- Klasse übersprungen \_\_\_\_\_
- Schulwechsel im Jahre \_\_\_\_\_
- zeitweise keine Schule besucht \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
- Grund \_\_\_\_\_

29. Geht das Kind gern zur Schule?

- ja, geht regelmäßig
- erscheint über- /unterfordert
- hat regelrecht Angst vor der Schule
- fehlt oft wegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

30. Welche besonderen schulischen Interessen  
hat das Kind? \_\_\_\_\_

31. Welche Fächer fallen dem Kind schwerer?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32. Ist die Versetzung in die nächste Klasse  
gefährdet?

nein

- ja, wegen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

33. Wie zufrieden sind Sie mit der Erledigung  
der Hausaufgaben durch das Kind?

- Bitte geben Sie eine Einschätzung von 1 - 6: \_\_\_\_\_
- muss meistens dazu besonders aufgefordert werden
  - trödelt, unkonzentriert
  - arbeitet nachlässig
  - dem Kind muss ständig geholfen werden
  - verschweigt oft, dass es Hausaufgaben auf hat
  - weigert sich oft, die Hausaufgaben zu machen

34. Dauer der Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

35. Wer betreut das Kind dabei? \_\_\_\_\_

**Falls Lern- und Leistungsschwierigkeiten bestehen, bitte die Beurteilung/das Zeugnis mitbringen!**

## IV. Freizeit - Freunde - Fähigkeiten

---

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

nein

ja, in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

37. Wie schätzen Sie die Kontakte des Kindes zu seinen Freunden ein (außerhalb von Kindergarten bzw. Schule)?

spielt mit den Kindern

hat 1-2 gute Freunde

hat keine Freunde

spielt überwiegend mit älteren Kindern

spielt überwiegend mit jüngeren Kindern

hat Schwierigkeiten, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

38. Welche besonderen Fähigkeiten und Hobbies hat das Kind?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

39. Wie verbringt das Kind seine Freizeit?

mit Freunden:innen

beschäftigt sich z. B. mit \_\_\_\_\_

Fernsehen / wie viele Std. tägl.? \_\_\_\_\_

Computer/Videospiele/wie viele Std. tägl.? \_\_\_\_\_

ist viel mit Erwachsenen zusammen \_\_\_\_\_

langweilt sich \_\_\_\_\_

---

*Nun würden wir gerne einen Überblick darüber bekommen, was Sie zu uns führt.*

## V. Gründe der Vorstellung

---

40. Was sind die aktuellen Gründe, unsere Abteilung aufzusuchen?  
Welches Verhalten oder welche körperlichen Beschwerden zeigt das Kind?  
(Bitte in Stichworten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. Wann ist dieses Verhalten/sind diese körperlichen Beschwerden Ihrer Erinnerung nach zum ersten Mal aufgetreten?
- ganz allmählich etwa mit \_\_\_\_\_ Jahren beginnend
- plötzlich im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- 
42. Gab es irgendwelche Ereignisse, die Sie damit in Verbindung bringen?
- ja, welche? \_\_\_\_\_
- nein
- 
43. Wie haben Sie bisher auf das genannte Verhalten des Kindes reagiert?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
44. Wie haben für das Kind wichtige Personen (anderer Elternteil, Großeltern, ErzieherInnen, LehrerInnen, usw.) auf das genannte Verhalten reagiert?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
45. Haben Sie sich wegen des beschriebenen Verhaltens schon an andere Stellen gewandt (z.B. Erziehungsberatungsstelle, Jugendamt, Psychologin, Haus- oder Kinderarzt, Schule, sonstige Stellen)?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
46. Welche Maßnahmen wurden von diesen Stellen getroffen bzw. empfohlen? Mit welchem Erfolg?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
47. Wer hat uns empfohlen?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
48. Wie könnten wir Sie unterstützen, damit Sie das Problem, die Schwierigkeiten lösen können?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
49. Was gefällt Ihnen an dem Kind besonders?
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 
50. Was sollte sich durch eine Therapie auf keinen Fall verändern?
- \_\_\_\_\_

**Es folgen nun einige Fragen zu unterschiedlichen Bereichen, in denen Kinder und Jugendliche unserer Erfahrung nach eventuell Schwierigkeiten oder Probleme haben können.**

**Bitte beantworten Sie auch diese Fragen, damit wir uns ein umfassendes Bild machen können.**

51. Ist das Kind oft unruhig und/oder fällt es ihm schwer, aufmerksam zu sein?

nein

Wenn ja, seit wann? In welchen Situationen (zu Hause, in der Schule, Freizeit)? In welchen Situationen verhält es sich konzentriert?

---

---

52. Kommt es bei dem Kind sehr häufig vor, dass es trotzigt ist und Erwachsene oder Kinder ärgert?

nein

Wenn ja, in welchen Situationen und wem gegenüber?

- nur zu Hause gegenüber Mutter/Vater/  
Geschwistern
- nur in der Schule gegenüber Mitschülern/Lehrern
- im Freizeitbereich
- überall

---

53. Ist im Zusammenhang mit Ihrem Kind schon einmal der Begriff „Autismus“ benutzt worden?

nein

Wenn ja, in welcher Institution?

---

---

---

54. Hat Ihr Kind große Schwierigkeiten, Kontakte und Gespräche zu Gleichaltrigen und Aktivitäten aufzunehmen?

ja     nein

55. Zeigt Ihr Kind immer wiederkehrende Verhaltensmuster (Lecken, Riechen, Befühlen von Gegenständen) oder spezielle Interessen, die Ihnen eher merkwürdig vorkommen?

ja     nein

Wenn ja, welche:

---

---

---

56. Ist das Kind sehr aggressiv oder ungehorsam anderen Personen gegenüber? Wir meinen damit z.B., dass es stiehlt, häufig wegläuft, in Schlägereien verwickelt ist, mit Gegenständen andere bedroht, fremdes Eigentum absichtlich beschädigt, zündelt, Tiere quält, einbricht, die Schule schwänzt, Kontakt mit der Polizei hat, sexuelle Übergriffe, usw.

nein

Wenn ja, bitte in Stichworten beschreiben.

---

---

---

---

---

57. Trinkt das Kind Alkohol?

nein

Wenn ja, was, wieviel und wie häufig pro Woche?

---

58. Raucht das Kind?

nein

Wenn ja, wie häufig und wie viel pro Tag?

---

59. Nimmt das Kind irgendetwas (Medikamente, Drogen, Lösungsmittel), um seine Stimmung zu beeinflussen oder um sich aufzuputschen?

nein

Wenn ja, wie häufig und wie viel pro Tag?

---

60. Gab es schon mal eine Zeit, in der das Kind über eine längere Zeit hinweg in seiner Stimmung deutlich verändert war?

nein

Wenn ja, seit wann, wie lange?

---

Bitte beschreiben

traurig, bedrückt

ganz ärgerlich, gereizt, unzufrieden mit allem

interessenlos an den meisten Dingen

unangemessen fröhlich

schläft sehr viel / sehr wenig

isst sehr viel / sehr wenig

kann sich schlecht konzentrieren

fühlt sich schuldig

fühlt sich wertlos

Sonstiges \_\_\_\_\_

---

61. Spricht das Kind öfter darüber, dass es sich umbringen oder etwas antun will, oder hat es sich schon einmal bewusst verletzt oder einen Selbsttötungsversuch begangen?

nein

Wenn ja, bitte näher beschreiben.

---

---

---

---

---

62. Hat das Kind große Angst oder Befürchtungen und/oder reagiert es bisweilen panisch?

nein

Wenn ja, seit wann, wie lange?

---

Bitte beschreiben:

Angst sich zu trennen, von wem?

Angst, dass jemandem etwas zustößt. Wem?

---

körperliche Symptome, z.B. Herzklopfen

Angst vor bestimmten Dingen

Angst vor bestimmten Orten, z.B. Geschäften, Fahrstühlen, Menschenmengen

---

Befürchtungen, dass es einen Angstanfall bekommen könnte

---

sehr ängstlich, aufgeregt, nervös, wenn es mit anderen Menschen zusammen ist

---

63. Fallen Ihnen im Verhalten des Kindes zwanghafte Wiederholungen, übermäßiges Kontrollieren auf, oder besteht es auf bestimmten Abläufen oder berichtet es, dass es durch immer wiederkehrende Gedanken gestört wird?

nein

Wenn ja, seit wann, wie oft? Bitte näher beschreiben.

---

---

Das Kind

- wäscht sich immer wieder die Hände
- kontrolliert immer wieder
- wiederholt immer wieder
- berichtet von immer wiederkehrenden Gedanken, Vorstellungen
- macht sich mehr Sorgen als eigentlich nötig wären (Worüber/Um wen?)

---

64. Haben Sie den Eindruck, dass sich das Kind an ein sehr belastendes oder lebensbedrohliches Ereignis erinnert, dass es Opfer einer Gewalttat (ernsthafte Körperverletzung, sexuelle Übergriffe, Vergewaltigung, tätlicher Angriff), eines Verkehrsunfalls oder einer Naturkatastrophe war oder dass es gesehen hat, wie jemand anderem so etwas geschehen ist?

nein

Wenn ja, wann, was? Bitte beschreiben.

---

---

---

---

---

65. Hat es schon einmal eine Zeit gegeben in der das Kind eigenartige oder ungewöhnliche Erfahrungen gemacht hat, wie z.B. hören oder sehen von Dingen, die andere Menschen nicht bemerken?

nein

Wenn ja, bitte beschreiben.

---

---

---

---

---

66. Wenn möglich, geben Sie bitte die Körpergröße und das Gewicht des Kindes an

\_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

67. Sind Sie mit dem Gewicht zufrieden?

ja

wiegt zu wenig

hat stark abgenommen \_\_\_\_\_ kg

innerhalb von \_\_\_\_\_

wiegt zu viel

hat stark zugenommen \_\_\_\_\_ kg

innerhalb von \_\_\_\_\_

68. Machen Sie sich Sorgen um das Essverhalten des Kindes?

nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

isst zu viel \_\_\_\_\_

isst zu wenig \_\_\_\_\_

nimmt Abführ- oder Diätmittel ein \_\_\_\_\_

erbricht nach der Mahlzeit \_\_\_\_\_

hat Essanfälle oder Heißhungerattacken \_\_\_\_\_

---

69. Sind Sie mit dem Schlaf des Kindes zufrieden?  ja  nein

---

70. Klagt das Kind häufiger über körperliche Beschwerden?

Wenn ja, seit wann, wie oft, in welchen Situationen?

---

das Kind hat

Kopfschmerzen, Häufigkeit? \_\_\_\_\_

Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen; Häufigkeit? \_\_\_\_\_

---

Tics (Blinzeln, Kopfwerfen, Schulterzucken, Grimassieren, Räuspern, usw.) Häufigkeit? \_\_\_\_\_

---

sonstige Beschwerden? \_\_\_\_\_

---

71. Hier ist Raum für all die Dinge, die für Sie noch wichtig sind, die wir aber vielleicht nicht erfragt haben.

---

---

---

---

### **Nochmals vielen Dank für Ihre Unterstützung.**

Für weitere Fragen und Einzelheiten stehen wir Ihnen beim Ambulanztermin zur Verfügung. **Wenn Sie es einrichten können, sollten beide Eltern das Kind zur Erstuntersuchung begleiten.** Hier können Sie und die Kinder bzw. Jugendlichen Ihr Anliegen schildern und gemeinsam mit den Therapeuten nach entwicklungsförderlichen Lösungsmöglichkeiten suchen.

Es stehen umfangreiche entwicklungsneurologische, psychologische, psychotherapeutische, sprachheiltherapeutische, motopädische und ergotherapeutische Angebote zur Verfügung. Wir arbeiten sowohl im ambulanten als auch im tagesklinischen und stationären Bereich. Auch besteht für Sie als Erziehungspersonen die Möglichkeit, für vier Wochen im Eltern-Kind-Haus intensiv in die Behandlung vor allem von jüngeren Kindern mit einbezogen zu werden.

Weitere Informationen im Internet: [www.kinderklinik-datteln.de/leistungen/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/](http://www.kinderklinik-datteln.de/leistungen/fachbereiche/kinder-und-jugendpsychiatrie/)

