

J1 Elternfragebogen

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Familie

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele? _____

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Ja Nein

Eltern getrennt?

Ja Nein

Ist ein Elternteil verstorben?

Ja Nein

Ist ein Elternteil alleinerziehend?

Ja Nein

Kind lebt

Bei der Mutter Beim Vater

Hat Ihre Tochter / Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?

Ja Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?

Ja Nein

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter / Ihrem Sohn? (Skala von 1 bis 6; 1 = starkes Vertrauen, 6 = geringes Vertrauen)

1 2 3 4 5 6

Gesundheit

Sind im Verlauf der Entwicklung Probleme aufgetreten?

Kleinkindalter Kindergartenalter Schulzeit

Wenn ja, welche? _____

Liegen bekannte Erkrankungen / Behinderungen vor?

Beim Kind Bei den Eltern
 Bei den Geschwistern Bei den Großeltern

Wenn ja, welche? _____

Gab es bei Ihrem Kind bisher Operationen?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Nimmt Ihre Tochter / Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Folgende:

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt?

Ja Nein
 Nicht bekannt

Bei Mädchen

Hat die erste Monatsregel schon eingesetzt?

Ja Nein

Zyklus ist

regelmäßig unregelmäßig

Bei Jungen

Ist der Stimmbruch schon eingetreten?

Ja Nein

Ist er schon gegen HPV geimpft?

Ja Nein

Schule

Welche Schule besucht Ihr Kind? _____

Welche Klasse? _____

Geht es gern?

Ja Nein

Gibt es Schwierigkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Noten Lehrern Mitschülern

Stunden Medien pro Tag

< 1

1 - 3

> 3

Stunden Sport / Bewegung pro Tag

< 1

1 - 3

> 3

Mein Kind...	Ja	Nein
hat Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat manchmal nervöse Zuckungen (z.B. Blinzel, Zwinker, Räuspertic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wacht häufig nachts auf und kann nur schlecht wieder einschlafen (liegt dann mindestens eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann schlecht einschlafen (d.h. liege mehr als eine Stunde wach)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muss bei starker Aufregung stottern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat mehr als einmal im letzten halben Jahr das Bett nass gemacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat mehr als einmal im letzten halben Jahr eingekotet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat ständig Angst, dick zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat aufgrund seines Essverhaltens mind. 7 kg abgenommen und ist untergewichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat mindestens 10 kg Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat täglich einen Wutanfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wurde wegen seines Verhaltens schon einmal vom Schulbesuch, einem Ausflug oder Landheimaufenthalt ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schwänzt manchmal die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist in der Schule sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist bei den Hausaufgaben sehr unruhig, zappelig, kann nicht stillsitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist beim Lösen von Aufgaben in der Schule oder zuhause oft sehr unüberlegt und vorschnell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
prügelt sich manchmal mit anderen Kinder oder Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
streit sich fast jeden Tag mit seinen Geschwistern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Streit mit Geschwistern kommt es auch zu ernsthaften Verletzungen, Quälereien, Drohungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat starke Angst davor, zur Schule zu gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wird von anderen Jugendlichen häufig geärgert, gehänselt, geprügelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat Angst vor anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat überhaupt keinen Kontakt zu anderen Jugendlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wechselt häufig seine Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist ängstlich, macht sich viele Sorgen über zukünftige Ereignisse (z.B. Klassenarbeiten, unangenehme Aufgaben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat panische Angst vor Spinnen, Mäusen, Hunden, oder Ratten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat panische Angst vor dem Zahnarzt, Spritzen, Blut, oder Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat panische Angst vor Blitz, Donner, und Dunkelheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat panische Angst alleine zuhause zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist schon fast übertrieben ordentlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wäscht sich oft die Hände, obwohl sie längst sauber sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kontrolliert bestimmte Dinge mehrmals hintereinander innerhalb weniger Minuten nach (z.B. dass Türen oder Fenster verschlossen sind, die Schultasche gepackt ist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist mindestens einmal pro Woche für mindestens 3 Stunden traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
was schon einmal mindestens 2 Wochen am Stück traurig oder niedergeschlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat schon einmal ernsthaft daran gedacht, sich umzubringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
raucht mindestens 1 Schachtel Zigaretten pro Woche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trinkt mehrmals pro Woche Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat zuhause oder außerhalb schon einmal etwas Wertvolleres (Wert größer 30€) gestohlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hat schon einmal mit Absicht Dinge, die ihm nicht gehören, zerstört oder beschädigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ist schon oft von zu Hause weggelaufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>