

**Elternfragebogen**

Dieser Fragebogen soll einen kleinen Überblick über die Entwicklung Ihres Kindes und dessen Lebens- und Familiensituation ermöglichen. Selbstverständlich werden alle Angaben *in streng vertraulicher Weise* behandelt, ebenso wie alle anderen Mitteilungen während der schulpsychologischen Beratung.

Name des Schülers: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Schule, Klasse: \_\_\_\_\_ Lehrkraft (Tel.): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Kinder-/Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Schulpsychologische Beratung empfohlen durch:**

Eltern  Lehrer/Schule: \_\_\_\_\_  Arzt: \_\_\_\_\_

sonstige: \_\_\_\_\_

**Lebensgeschichte des Kindes/Jugendlichen****Mutter:**

Name: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend)

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

**Vater:**

Name: \_\_\_\_\_

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

Anschrift: \_\_\_\_\_  
(falls abweichend)

Telefon: \_\_\_\_\_

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

Beruf: \_\_\_\_\_

**Sorgerecht:**

gemeinsam  Mutter  Vater  andere: \_\_\_\_\_

**Eltern:**

verheiratet seit \_\_\_\_\_  getrennt lebend seit \_\_\_\_\_  verstorben: \_\_\_\_\_

**Kind lebt in einem Haushalt mit:**

Mutter  Vater  Stiefmutter  Stiefvater  andere: \_\_\_\_\_

Geschwister (Name, Alter): \_\_\_\_\_

**Stellung des Kindes in der Familie**

Einzelkind  jüngstes Kind  mittleres Kind  ältestes Kind  Zwillingsskind

lebt nicht in der Familie, sondern: \_\_\_\_\_

Wie verträgt sich Ihr Kind mit seinen Geschwistern? \_\_\_\_\_

**Entwicklung**

Gab oder gibt es Auffälligkeiten/Probleme ...

in der Sprachentwicklung?  nein  ja: \_\_\_\_\_

beim Hören? (z.B. Hörgerät)  nein  ja: \_\_\_\_\_

beim Sehen? (z.B. Brille)  nein  ja: \_\_\_\_\_

bei der Sauberkeitserziehung?  nein  ja: \_\_\_\_\_

bei der motorischen Entwicklung?  nein  ja: \_\_\_\_\_

**Kindergarten- und Schulbesuch**

Kindergartenbesuch: \_\_\_\_\_ Jahre

aktuell besuchte Einrichtung: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_ (evtl. wiederholte Jahrgangsstufen: \_\_\_\_\_ )

Klassenleitung: \_\_\_\_\_

Bei welchen Lehrkräften besucht Ihr Kind den Unterricht gerne?

\_\_\_\_\_

Bei welchen Lehrkräften besucht Ihr Kind den Unterricht nicht gerne?

\_\_\_\_\_ vermuteter Grund: \_\_\_\_\_

Welcher **Schulabschluss** wird angestrebt?

Eltern: \_\_\_\_\_ Kind (ab 3. Klasse): \_\_\_\_\_

Nachmittagsbetreuung: \_\_\_\_\_

Gibt/gab es Probleme beim Besuch einer oder mehrerer Einrichtungen?

nein  ja: \_\_\_\_\_

### Freizeit

Wie viele Freunde hat Ihr Kind?

Wie häufig verbringt Ihr Kind seine Freizeit mit Freunden?

Mitgliedschaft in Vereinen/Jugendgruppen: \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_

weitere Hobbys: \_\_\_\_\_

Fähigkeiten/Interessen: \_\_\_\_\_

TV-Konsum: eigener Fernseher im Kinderzimmer?  ja  nein

Dauer: \_\_\_\_\_ Stunden pro Tag (während der Woche)

\_\_\_\_\_ Stunden pro Tag (Wochenende)

Lieblingssendung: \_\_\_\_\_

PC-Konsum: Nutzung hauptsächlich für

Spiele  Social Networking (z.B. Facebook)  Filme/Musik (YouTube)

Recherchen (Nachrichten etc.)  sonstige: \_\_\_\_\_

### Vorerkrankungen des Kindes

(schwere Erkrankungen, Krankenhausaufenthalte, Operationen)

Kinderkrankheiten: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalte (wo, warum, wann): \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten:  nein  ja: \_\_\_\_\_

Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?  nein  ja: \_\_\_\_\_

Dosierung: \_\_\_\_\_

**Bislang erfolgte Beratungen**

**(Beratungslehrkraft, Schulpsychologe, Erziehungsberatungsstelle etc.)  
bzw. Behandlungen (Ergotherapie, Physiotherapie, Psychotherapie etc.)**

Was war/ist der Grund? \_\_\_\_\_

Wer: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

Was war/ist der Grund? \_\_\_\_\_

Wer: \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

Wird Ihr Kind aktuell in einer Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychotherapie oder einem sozialpsychiatrischen Zentrum behandelt?

nein  ja: \_\_\_\_\_

**Welche(s) Anliegen haben Sie an die Schulpsychologische Beratung?**

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

Welche bisherigen Lösungsversuche waren erfolgreich/erfolglos?

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

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

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

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von \_\_\_\_\_ (Datum: \_\_\_\_\_ )

Anlage: Einverständniserklärung inkl. Schweigepflichtentbindung