

## Fragebogen für die Eltern

### Familie:

Hat Ihr Kind Geschwister? Wie viele ? \_\_\_\_\_

Liegt eine besondere familiäre Situation vor?

Eltern getrennt? ☐ Ja ☐ Nein Elternteil verstorben?

☐ Ja ☐ Nein

Elternteil alleinerziehend? Kind lebt bei

☐ Mutter

☐ Vater Anmerkung: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn ein eigenes Zimmer?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es häufig Anlass zu Auseinandersetzungen?

☐ Nein

☐ Ja Anlass: \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie das Vertrauensverhältnis zu Ihrer Tochter/Ihrem Sohn ein?

(Skala von 1 -6; 1- starkes Vertrauen. 6- geringes Vertrauen) \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Mutter:

☐ Ja ☐ Nein Vater: ☐ Ja ☐ Nein

### Gesundheit des Jugendlichen:

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

Nimmt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Medikamente ein? ☐ Nein ☐ Ja Folgende: \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihrem Kind alle erforderlichen Impfungen durchgeführt? Bitte unbedingt den Impfausweis mitbringen ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht bekannt

### Verhaltensauffälligkeiten

Sprache			Schlafstörungen		
ja	nein	Bemerkung	ja	nein	Bemerkung
seelische Entwicklung			Essstörung/Gewichtprobleme		
Umgang mit Anderen			Angstzustände		
Schwierigkeiten in der Schule			Seh- und/oder Hörstörungen		
Störungen beim Lernen (Konzentration)			Probleme mit Suchtmitteln(Alkohol, Drogen)		

### Allgemeine Entwicklung:

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn besondere Talente/Interessen? ☐ Nein ☐ Ja Folgende: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Hobbys?

☐ Nein ☐ Ja Folgende: \_\_\_\_\_

Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn sportlich aktiv?

☐ Nein ☐ Ja Sportarten: \_\_\_\_\_

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn gleichaltrige Freunde?

☐ Nein ☐ Ja

Sind Sie mit der Entwicklung Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?

(Skala von 1-6; 1- Sehr. 6- überhaupt nicht) \_\_\_\_\_

Sind Sie mit dem schulischen Werdegang Ihrer Tochter/Ihres Sohnes zufrieden?

(Skala von 1-6; 1- Sehr. 6- überhaupt nicht) \_\_\_\_\_