

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/Gewichtsprobleme | | |
| | | | | | |
| 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) _____