

## Fragebogen beim Erstkontakttermin

Name des Schülers: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Kinder-/Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Schulpsychologische Beratung empfohlen durch:

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

### Lebensgeschichte des Kindes/Jugendlichen

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, wie alle anderen Mitteilungen während der Beratung auch.

#### 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: \_\_\_\_\_

### Entwicklung

krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

frei laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

sprechen mit \_\_\_\_\_ Monaten

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

aktuell besuchte Einrichtung:  EGF  HGF  sonstige: \_\_\_\_\_

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

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

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

Gibt/gab es Probleme beim Besuch der Einrichtung?  nein  ja: \_\_\_\_\_

### Freizeit

Mitgliedschaft in Vereinen Name: \_\_\_\_\_ Häufigkeit: \_\_\_\_\_

andere Hobbys: \_\_\_\_\_

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  soziale Netzwerke (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 Behandlungen  
(Ergotherapie, Psychotherapie, Lernförderung, Physiotherapie etc.)**

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

Behandler: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

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

Behandler: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

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?

---

---

---

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