

Fragebogen beim Erstkontakt (Eltern)

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: _____
Anschrift: _____
Kinder-/Hausarzt: _____

Schulpsychologische Beratung empfohlen durch:

Eltern Schule/Lehrer: _____ 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 ...

- beim Sehen? (z.B. Brille) nein ja: _____
- beim Hören? (z.B. Hörgerät) nein ja: _____
- in der Sprachentwicklung? nein ja: _____
- bei der motorischen Entwicklung? nein ja: _____
- bei der Sauberkeitserziehung? nein ja: _____

Kindergarten- und Schulbesuch

Kindergartenbesuch: _____ Jahre

aktuell besuchte Einrichtung: _____

Ausbildungszweig: musisch sprachlich wirtschaftswissenschaftlich

Sprachenfolge: _____ Bekenntnis: ev. kath. Ethik

Klasse: _____ Klassenleitung: _____

evtl. wiederholte Jahrgangsstufen: _____

Bei welchen Lehrkräften besucht Ihr Kind den Unterricht gerne?

Bei welchen Lehrkräften besucht Ihr Kind den Unterricht nicht gerne?

_____ vermuteter Grund: _____

_____ vermuteter Grund: _____

Welcher Schulabschluss wird angestrebt?

Eltern: _____ Kind (ab 3. Klasse): _____

Nachmittagsbetreuung: _____

Gibt/gab es Probleme beim Besuch einer oder mehreren 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- bzw. Nutzung hauptsächlich für

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

Konsum:

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? _____

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?

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

Dieser Bogen wurde ausgefüllt von _____ (Datum: _____)

Anlage: Schweigepflichtsentbindung