



Kamen in der Schwangerschaft belastende seelische Erlebnisse vor?

Gab es körperliche Beschwerden?

Welche Vorstellungen hatten Sie vom Geschlecht des Kindes?

War der Geburtsverlauf normal oder gab es Komplikationen (welche?)

Geburtsgröße:

Geburtsgewicht:

Wie haben Sie Ihr Kind in den ersten Wochen ernährt?

Hatte Ihr Kind während des ersten Lebensjahres Ernährungs- und/oder Verdauungsstörungen? (Welche und ab oder in welchem Monat?)

In welchem Alter konnte Ihr Kind die ersten Worte außer Mama und Papa sprechen?

In welchem Alter konnte Ihr Kind laufen?

In welchem Alter war Ihr Kind sauber?

- tagsüber:
- Nachts:



Nässte oder kotete Ihr Kind später wieder ein? (In welchem Alter?)

Welchen Gegenstand oder welches Spielzeug braucht Ihr Kind zum Einschlafen?

Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? (In welchem Alter?)

Hatte Ihr Kind einen Unfall? (Wann, ggf. mit welchen Folgen?)

Wurde Ihr Kind operiert? (Wann, welche Operation?)

Wurde Ihr Kind in einem Krankenhaus behandelt? (Wann, warum, wie lange?)

Wurde Ihr Kind einem Facharzt, außer dem Kinderarzt, vorgestellt? (Welche Fachrichtung, wann, warum?)

Wurde bei Ihrem Kind eine körperliche Behinderung festgestellt? (In welchem Alter, Art der Behinderung?)



Leidet oder litt Ihr Kind an:

Im Alter von – bis

- Atemnot
- Häufiger Husten
- Pseudo-Krupp-Husten
- Lungenentzündung
- Herz-Kreislauf-Beschwerden
- Kopfschmerzen
- Migräne
- Leibkrämpfen/Verdauungsstörungen
- Hautausschlägen
- Allergien
- Nägelbeißen
- Sprachstörungen
- Hörstörungen
- Sehstörungen
- Störungen des Bewegungsablaufs
 - Bei feinen Bewegungen
 - Bei groben Bewegungen
- Auffassungsschwierigkeiten
- Konzentrationsstörungen
- Tics
- Anfällen von Bewusstlosigkeit

Zeigte es Schaukelbewegungen oder ähnliches? (In welchem Alter?)

Sonstige Beschwerden?



Nimmt oder nahm Ihr Kind Medikamente?
(Welche, von wann bis wann?)

Wurde eine EEG (Hirnstromableitung)
gemacht? (Wann, weshalb, mit welchem
Befund?)

Schläft oder schlief Ihr Kind bei den Eltern?
(Bis zu welchem Lebensjahr?)

Hat Ihr Kind ein eigenes Zimmer? (Seit
wann?)

Teilt es das Zimmer mit Geschwistern?

Hatte Ihr Kind ein Lieblingsspielzeug?

Trennung von den Eltern? (Wann, wie lange,
warum?)

Hat Ihr Kind Verluste erlitten? (welche, in
welchem Alter?)

In welchem Alter war die erste
Menstruation?



Wohnungswechsel (Wann?, evtl. Grund des Wechsels):

Kindergarten von – bis:

Auffälligkeiten im Kindergarten?

Schulbeginn:

Schulwechsel (Wann, evtl. warum?):

Schuljahr:

Schulart:

Welche Betreuungspersonen, außer den Eltern, hatte Ihr Kind? (Von wann bis wann, warum?)

Wer ist sorgeberechtigt (Inhaber der elterlichen Sorge?)

Bisher nicht erwähnte Besonderheiten Ihres Kindes:



Geschwister Ihres Kindes (mit Position des
vorgestellten Kindes): Name, Geb.-Datum,
Schule/Klasse (Tod/Todesursache)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.



Vater des Kindes:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Wohnhaft in:

Schulbildung:

Berufsausbildung (Ausbildung,
Studienfächer, Abschlüsse):

z. Zt. Ausgeübter Beruf/Tätigkeit:

Berufswechsel (Wann, zu welchem Beruf,
warum?):

Geschwister (Alter, Geschlecht, Beruf):

Eheschließung(en)/ Partnerschaft(en):

Kinder (Alter, Geschlecht):

Trennung (Wann?):

Scheidung (Wann?):

Unfälle (Wann, welche?):

Erkrankungen (Wann, welche?):

Krankenhausaufenthalte (Wann, weswegen,
wie lange?):

Verluste/Tod (Ursache, wann?):

Besonderheiten/Hobbies:



Mutter des Kindes:

Geburtsdatum/Geburtsort:

Wohnhaft in:

Schulbildung:

Berufsausbildung (Ausbildung,
Studienfächer, Abschlüsse):

z.Zt. ausgeübter Beruf/Tätigkeit:

Berufswechsel (Wann, zu welchem Beruf,
warum?):

Geschwister (Alter, Geschlecht, Beruf?):

Eheschließung(en)/ Partnerschaft(en):

Kinder (Alter, Geschlecht):

Fehlgeburt(en) (in welchem Monat?):

Schwangerschaftsabbrüche (Wann?):

Trennung (Wann?):

Scheidung (Wann?):

Unfälle:

Erkrankungen (Wann, welche?):

Krankenhausaufenthalte (Wann, warum,
wie lange?)

Operationen:

Verluste/Tod (Ursache, wann?):

Besonderheiten/Hobbies:



Vorbehandlungen:

Psychotherapie

Wer? Wo? Wie lange?

Logopädie:

Ergotherapie:

Kinder- und Jugendpsychiater:

Sozialpädagogisches Zentrum:

Krankengymnastik:

Heilpädagogik:

Psychopharmaka:

Andere Medikamente:

Sonstiges:



**Eva
Schmidt**

PRAXIS FÜR KINDER- &
JUGENDLICHENPSYCHOTHERAPIE