

c/o Lebensräume  
Fritz-Reuter Straße 6  
81245 München  
E-Mail: [praxis@kjp-britsch.de](mailto:praxis@kjp-britsch.de)

## Elternfragebogen

Liebe Eltern,

damit ich im Erstgespräch mehr Zeit für Sie habe, bitte ich Sie, diesen Fragebogen mit wesentlichen Informationen schon vorher auszufüllen. Sie können den Fragebogen entweder an mich zurückschicken oder ihn zum Erstgespräch mitbringen. Bitte beantworten Sie die Fragen so genau wie möglich. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können, lassen Sie das entsprechende Feld einfach leer.

### Lebensgeschichtliche Entwicklung:

#### Schwangerschaft:

Einstellung Mutter/Vater/Geschwister zur Schwangerschaft und deren Verlauf, mögliche Erkrankungen der Mutter oder des Kindes, seelische oder körperliche Belastungen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Geburt:

Das Kind war eine Früh- :  Spät-:  Normalgeburt :

Geburtsgewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Geburtskomplikationen: \_\_\_\_\_

Besonderheiten \_\_\_\_\_

---

Wurde das Kind gestillt? Dauer? \_\_\_\_\_

Weitere Bemerkungen zur Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett:

---

**Entwicklung**

In welchem Alter lernte das Kind laufen? \_\_\_\_\_

Sprechen? \_\_\_\_\_

Wann war es sauber? Tags: \_\_\_\_\_ Nachts: \_\_\_\_\_

Besonderheiten in der Entwicklung: \_\_\_\_\_

---

---

**Vor der Geburt des Kindes:**

Mutter, Geburtsjahr:

Beurteilung der eigenen Lebensgeschichte:

---

---

Vater, Geburtsjahr:

Beurteilung der eigenen Lebensgeschichte:

---

---

**Seit der Geburt des Kindes:**

Alter Mutter:

Alter Vater:

**Wie sorgen sie alle für ihr seelisches Wohlbefinden?**

Mutter: \_\_\_\_\_

---

---

Vater: \_\_\_\_\_



---

---

**Beschreibung der eigenen Persönlichkeiten in Stichpunkten:**

Mutter: \_\_\_\_\_

---

Vater: \_\_\_\_\_

---

**Wie beurteilen sie ihre eigene aktuelle seelische Verfassung (z.B. ausgeglichen, labil, depressiv, ängstlich, nervös, zufrieden)?**

Mutter: \_\_\_\_\_

---

Vater: \_\_\_\_\_

---

**Geschwister:**

Name, Alter, Schule: \_\_\_\_\_

---

Eigenschaften: \_\_\_\_\_

Fähigkeiten: \_\_\_\_\_

Schwächen: \_\_\_\_\_

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Name, Alter, Schule: \_\_\_\_\_

---

Eigenschaften: \_\_\_\_\_

Fähigkeiten: \_\_\_\_\_

Schwächen: \_\_\_\_\_

Krankheiten: \_\_\_\_\_

Bitte zählen sie alle wichtigen Bezugspersonen Ihres Kindes auf

---

---

**Erziehung:**

Von wem wurde das Kind bisher erzogen? \_\_\_\_\_

Welche **Erziehungsziele** versuchen sie zu verfolgen? \_\_\_\_\_

---

Gibt es **Einigkeit** oder Gegensätzlichkeit zwischen den Eltern?

---

Welche **Regeln** gelten für das Kind in folgenden Bereichen?

Essen/Essenszeiten: \_\_\_\_\_

Zubettgehen: \_\_\_\_\_

Hausaufgaben: \_\_\_\_\_

Welche anderen **Regeln** und **Pflichten** muss das Kind einhalten?

---

---

Welche **Konfliktthemen** gibt es innerhalb der Familie?

---

---

**Lebenssituation:**

Wie ist ihre Wohnsituation? \_\_\_\_\_

---

Positives: \_\_\_\_\_

Negatives: \_\_\_\_\_

Wie verbringt die Familie ihre **Freizeit**? \_\_\_\_\_

Wie sind sie selbst mit ihrer gegenwärtigen **Arbeit** zufrieden?

Mutter: \_\_\_\_\_

Vater: \_\_\_\_\_

Ist ihr **Familieneinkommen** ausreichend für die gesamte Familie? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen sie das **Kontaktverhalten** ihres Kindes? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie häufig ist es mit **Gleichaltrigen** zusammen? In welchen Situationen? Name der Freunde?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie beurteilen sie ihr eigenes Kontaktverhalten?

Mutter: \_\_\_\_\_ Vater: \_\_\_\_\_

Welche regelmäßigen **Aktivitäten** hat das Kind außerhalb des Elternhauses?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nennen Sie 5 bevorzugte **Tätigkeiten** Ihres Kindes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie geht es ihrem Kind im **Kindergarten** bzw. in der **Schule**?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Psychischer Befund

Wie ist gewöhnlich die Grundstimmung Ihres Kindes?



---

Wie schätzen Sie die intellektuellen Fähigkeiten ein?

---

Was sind die wichtigsten Eigenschaften Ihres Kindes?

---

Welche Gefühle äußert ihr Kind am häufigsten?

---

### **Aktuelle Symptomatik**

Welche Probleme führt Sie zur Psychotherapie?

---

---

---

Wie lange besteht die Symptomatik bereits? \_\_\_\_\_

Wie ist das Problem Ihrer Meinung nach entstanden?

---

---

---

Welche möglichen **Ursachen** sehen sie? (z.B. Komplikationen während Schwangerschaft/Geburt, Erkrankung von Familienmitgliedern, Erziehungsunsicherheiten, Trennung der Eltern)

---

---


---

---

Was sind **Auslöser** für die Symptomatik? (Wann und in welchen Situationen tritt das Problem häufig oder regelmäßig auf?):

---

---



Unter welchen Bedingungen tritt das Problemverhalten nicht oder nur selten auf?

---

---

Welche typischen **Gedanken** äußert Ihr Kind in den Problemsituationen?

---

---

Welche **Gefühle**?

---

---

Welche **Körperreaktionen**?

---

---

Welches **Verhalten**?

---

---

Mit welchen **Veränderungen** in der Familie oder Lebenssituation könnte das Problem zusammenhängen?

---

---

**Konsequenzen** (wie verhält sich die Umgebung (Mutter, Vater, Lehrer, Geschwister) wenn das Problemverhalten auftritt):


---

---

Welche **Chancen** könnte das Problem für alle Beteiligten bergen?

---

---



Was würde sich in Ihrer Familie positiv oder negativ verändern, wenn das Kind keine Probleme mehr hätte?

+ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Selbsthilfestrategien**

Was erleben sie als hilfreich im Umgang mit den geschilderten Problemen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was ist weniger hilfreich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Was haben sie bereits versucht, um sich zu helfen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vielen Dank!

*Johannes Britsch*

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut