



## Elternfragebogen

Eingliederungshilfe bei Unterbringung über Tag in einer lernpsychotherapeutischen Einrichtung

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck des Kindes/Jugendlichen zu erhalten, sind Ihre Informationen sehr hilfreich. Bitte beantworten Sie die Fragen so gut Sie können, auch wenn Ihnen nicht alle Informationen vorliegen. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen danach aus, wie Sie das Verhalten des Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

### Angaben zum jungen Menschen

Name, Vorname	Geburtsdatum
---------------	--------------

### Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)

Name, Vorname	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L) Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) , Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

### Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland P1 \_\_\_\_\_ Herkunftslad P2 \_\_\_\_\_

Seit wann lebt P1 in Deutschland? \_\_\_\_\_ Seit wann lebt P2 in Deutschland? \_\_\_\_\_

**Verfügen die Eltern über deutsche Sprachkenntnisse?**  
 keine     geringe     überwiegende     gute

**Hatte das Kind bei Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?**  
 keine     geringe     überwiegende     gute

**Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?**  
 nein     ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Wird in der Familie deutsch gesprochen?**  
 gar nicht     kaum     eher weniger     überwiegend

### Wohnsituation

**Hat das Kind ein eigenes Zimmer?**     ja     nein

Das Kind teilt sich ein Zimmer mit \_\_\_\_\_

**Welche Personen leben außer den Eltern/Kindern noch im Haushalt?** \_\_\_\_\_

### Erziehung

**Das Kind wurde bisher vorwiegend erzogen von:**  
 P1     P2     Eltern gemeinsam     Großeltern, Schwiegereltern  
 \_\_\_\_\_

**Besteht zwischen den Eltern hinsichtlich der Erziehung Einigkeit?**  
 ja     häufig uneinig, weil \_\_\_\_\_

**Bestehen bestimmte Probleme oder Schwierigkeiten zwischen dem Kind und den Eltern/ einem Elternteil?**

- nein  ja, welche \_\_\_\_\_

**Wie ist die Beziehung des Kindes zu den Geschwistern?**

- überwiegend gut  häufig Streit, weil \_\_\_\_\_

### Erkrankungen des Kindes

**Sind bei dem Kind Erkrankungen (psychisch/körperlich) festgestellt worden?**

- ja  nein

**Liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?**

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Durch wen und wann wurden sie festgestellt?**

**Derzeitige Krankheitssymptome/Auffälligkeiten bei dem Kind**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine                          | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Übelkeit, Erbrechen, Durchfall | <input type="checkbox"/> Einnässen       |
| <input type="checkbox"/> motorische Unruhe              | <input type="checkbox"/> Einkoten        |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen _____                | <input type="checkbox"/> Antriebsarmut   |
| <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten _____   |  |
| <input type="checkbox"/> Tics _____                     |  |
| <input type="checkbox"/> andere, welche _____           |  |

**In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen werden die Symptome/Auffälligkeiten beobachtet?**

**Benötigt das Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?**

- nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?**

Von wem?	Welche?	Wann (von – bis)?

### Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr

Das Verhalten des Kindes im ersten Lebensjahr war

- unauffällig  
 auffällig, weil \_\_\_\_\_

### Motorische Entwicklung

**Hat das Kind Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten?**

- nein  ja

Leistungsart	Leistungszeitraum	Alter des Kindes

**Das Kind ...**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ist in den Bewegungen unauffällig        | <input type="checkbox"/> kann nur schwer auf einem Platz sitzen bleiben |
| <input type="checkbox"/> ist in den Bewegungen unruhig            | <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten: _____                  |
| <input type="checkbox"/> verhält sich oft ungeschickt, z.B. _____ | _____   |

## Sprachliche Entwicklung

### Das Kind ...

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> sprach lange wenige gleiche Wörter                        | <input type="checkbox"/> hat einen geringen Wortschatz  |
| <input type="checkbox"/> spricht sehr undeutlich                                   | <input type="checkbox"/> spricht kaum oder gar nicht    |
| <input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze | <input type="checkbox"/> spricht sehr langsam           |
| <input type="checkbox"/> spricht überstürzt, verschluckt und verstellt Laute       | <input type="checkbox"/> spricht sehr viel              |
| <input type="checkbox"/> kann einfache Sätze nicht richtig bilden                  | <input type="checkbox"/> spricht oft leise und unsicher |
| <input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd                        | <input type="checkbox"/> spricht undeutlich             |
| <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten _____                              |   |

### Sprachtherapie/Logopädie

- nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_, Therapeut/in: \_\_\_\_\_

## Besondere Ereignisse, die mit dem Auftreten des Problemverhaltens zusammenhängen könnten?

- |   |                        |   |
|---|------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Tod der Mutter/ Großmutter         | Alter des Kindes _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Tod des Vaters/Großvaters          | Alter des Kindes _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Tod des Geschwisterkindes          | Alter des Kindes _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern                | Alter des Kindes _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Trennung von Geschwistern          | Alter des Kindes _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind/ Pflegekind/ Adoptivkind | seit _____             |   |
| <input type="checkbox"/> Schwere Erkrankung                 | Alter des Kindes _____ | <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister<br><input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Großvater |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt im Heim                 | von/bis: _____         |   |
| <input type="checkbox"/> Aufenthalt in Pflegefamilie        | von/bis: _____         |   |
| <input type="checkbox"/> Wohnortwechsel                     | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____  |
|   | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____  |
|   | Alter des Kindes _____ | von _____ nach _____  |
| <input type="checkbox"/> Andere (Welche?): _____            |                        |   |

## Kindergarten (Angaben zum bisherigen oder bereits zurückliegenden Besuch des Kindergartens)

### Das Kind besucht/besuchte:

- keinen Kindergarten, weil \_\_\_\_\_  
 Regelkindergarten  
 Integrationskindergarten

### Geht/Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja  
 nein, weil \_\_\_\_\_

### Wie verhält/verhielt sich das Kind im Kindergarten?

- unauffällig  
 auffällig, weil \_\_\_\_\_

## Schule (Angaben zum bisherigen Schulbesuch des Kindes)

### Schulverlauf:

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| altersgemäße Einschulung         | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                               |
| vorzeitige Einschulung           | wann _____ warum _____  |
| Rückstellung                     | wann _____ warum _____  |
| andere Beschulung, welche?       | _____   |
| Wiederholung der Klasse          | _____ <input type="checkbox"/> Elternwunsch <input type="checkbox"/> Anraten der Schule |
| Schulwechsel                     | wann _____ warum _____  |
| zeitweise kein Schulbesuch, weil | _____   |

**Wurde ein sonderpädagogischer Förderbedarf überprüft?** (ggf. Bescheid des staatlichen Schulamtes beifügen)

nein  ja, wann \_\_\_\_\_, Schwerpunkt: \_\_\_\_\_

**Geht das Kind gerne in die Schule?**

im Allgemeinen ja  nein  hat große Angst vor der Schule, warum?

**Geht das Kind regelmäßig in die Schule?**

ja  fehlt oft, weil \_\_\_\_\_  
 kommt häufig zu spät  schwänzt

**Mag das Kind die/den KlassenlehrerIn?**

ja  nein, weil \_\_\_\_\_

**Fühlt sich das Kind im Klassenverband wohl?**

ja  nein, weil \_\_\_\_\_

**Hat das Kind in der Klasse Freunde/Freundinnen?**

ja  nein, weil \_\_\_\_\_

**Ist das Verhältnis des Kindes zu einigen MitschülerInnen gestört?**

nein  ja, weil \_\_\_\_\_

**Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?**

ja  nein, weil \_\_\_\_\_

**Macht sich das Kind Sorgen bezüglich der Schule?**

nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Machen Sie sich über die schulische Entwicklung des Kindes Sorgen?**

nein  
 ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Wie reagieren Sie auf schlechte Schulleistungen des Kindes?**

**Werden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen des Kindes als auffällig beurteilt?**

nein  ja, folgende: : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Bekommt das Kind Nachhilfe?**

nein  ja, durch häusliches Üben  ja, durch Nachhilfe  
 ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit \_\_\_\_\_. Wie häufig in der Woche? \_\_\_\_\_

**Erhält das Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?**

nein  gesonderte individuelle Aufgaben  Aussetzen der Note  
 weiß ich nicht  stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 ja, folgenden: \_\_\_\_\_  Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen \_\_\_\_\_

**Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben?**

ungefähr täglich \_\_\_\_\_ Stunden

**Werden die Hausaufgaben kontrolliert?**

- nein  gelegentlich  ja, durch \_\_\_\_\_

**Entstehen durch die Bearbeitung der Hausaufgaben des Kindes häusliche Konflikte?**

- nein  
 ja (bitte beschreiben): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wie verhält sich das Kind vor Klassenarbeiten?**

- nicht anders als sonst  ist bereits mehrere Tage vorher aufgereggt  
 ist ruhig und gelassen  verschweigt oft bevorstehende Klassenarbeiten  
 schläft am Abend vorher schlecht ein  stellt sich krank, um sich der Klassenarbeit zu entziehen  
 Übelkeit am Morgen  hat vor/nach der Klassenarbeit Kopf- oder Bauchschmerzen  
 Erbrechen am Morgen  ist nach der Klassenarbeit besonders erschöpft  
 anders (bitte beschreiben): \_\_\_\_\_

**Wie erledigt das Kind schulische Aufgaben?**

- fängt von selbst an  muss erinnert und aufgefordert werden  
 erledigt die Aufgaben selbstständig  weigert sich oft, die Aufgaben zu machen  
 erledigt die Aufgaben zügig  arbeitet langsam  
 arbeitet sorgfältig  arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert  
 arbeitet konzentriert  arbeitet sehr unkonzentriert  
 braucht kaum Hilfe  braucht häufig Hilfe  
 weint oft bei den Hausaufgaben  verhält sich oft aggressiv  
 häufige Auseinandersetzungen  anders (bitte beschreiben): \_\_\_\_\_

**Führen schulische Schwierigkeiten des Kindes zu familiären Konflikten?**

- nein  
 ja (bitte beschreiben): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Verhalten des Kindes in der Familie und in der Freizeit

**Beobachten Sie bei dem Kind in der Familie Verhaltensauffälligkeiten?**

- nein  
 ja, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Falls ja, entstehen dadurch wiederkehrende Konflikte zwischen Ihnen und dem Kind?**

- nein  
 ja, folgende: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Das Kind verbringt die Freizeit außerhalb des Elternhauses**

- selten  gelegentlich  häufig  meistens

**Welche Medien nutzt das Kind regelmäßig (z.B. Handy, PC, Spielekonsole, TV)? Wie oft durchschnittlich (Std./Woche)?**

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

**Das Kind ist lieber...**

- für sich allein
- zusammen mit gleichaltrigen Kindern
- zusammen mit jüngeren Kindern
- zusammen mit älteren Kindern

**Hat das Kind Freundinnen/Freunde?**

- nein
- ja, wie viele: \_\_\_\_\_
- eine besondere Freundin/ einen besonderen Freund
- schnell wechselnde Freundschaften
- \_\_\_\_\_

**Pflegt das Kind die Freundschaften regelmäßig?**

- regelmäßig persönliche Kontakte (in der Freizeit), wie häufig? \_\_\_\_\_
- regelmäßig Telefonate/SMS, wie häufig? \_\_\_\_\_
- Kontakte im Internet (Facebook, Twitter, Instagram, SchülerVZ, andere Foren, Email), wie häufig? \_\_\_\_\_
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?**

- geht auf andere Kinder zu
- wird schnell einbezogen/ist beliebt
- kann gut mit anderen zusammenspielen
- will meistens im Mittelpunkt stehen
- wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in
- will meistens bestimmen/Anführer/in sein
- verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos
- gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück
- bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein
- löst Konflikte gut/in angemessener Weise
- neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen
- hält sich nicht an Regeln und Abmachungen
- geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein
- stört, ärgert andere Kinder oft
- schimpft und schlägt schnell
- anders, wie \_\_\_\_\_

**Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?**

- nein
- ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Ist das Kind in einem Verein/einer Jugendgruppe?**

- nein
- zurzeit nicht, war schon mal \_\_\_\_\_
- ja, folgende: \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

**Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?**

- nein
- ja, folgende: \_\_\_\_\_

**Welche Verhaltensweisen/Stimmungen beobachten Sie häufig?**

- ausgeglichen
- unbeherrscht/impulsiv
- starke Nervosität/Anspannung
- kontaktfreudig/offen
- hilfsbereit
- überempfindlich/sehr empfindsam
- freundlich/lieb
- häufig aggressiv
- Zerstörungswut
- aktiv/kreativ
- anpassungsfähig
- einsichtig/umgänglich
- Kontaktscheue/Einzelgängertum
- andere, welche \_\_\_\_\_
- schnell wechselnde Stimmungen
- Vermeiden von Blickkontakt/häufiges Erröten
- selbstsicher/selbstbewusst
- Lebensunlust/äußert Selbstmordgedanken
- bedrückte/depressive Stimmung
- selbstständig/verantwortungsbewusst
- lebensfroh/fröhlich
- verbale und/oder körperliche Aggression/Gewalttätigkeit
- starke Anpassungsschwierigkeiten
- große Angst vor/bei \_\_\_\_\_
- Lügen
- Stehlen
- sexuelle Auffälligkeiten

Seit wann beobachten Sie das auffällige Verhalten? (Alter des Kindes) \_\_\_\_\_

**In welchen Situationen (Anlass/Person/Ort/Tageszeit) beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?**

\_\_\_\_\_

## Vorangegangene Untersuchungen/ weitere Hilfen

Haben Sie das Kind wegen Schulleistungsschwächen oder anderen Sorgen bezüglich der Entwicklung des Kindes bereits untersuchen lassen?

nein

ja, bei \_\_\_\_\_

Falls ja, welche Ergebnisse wurden Ihnen mitgeteilt? (wenn möglich, bitte Unterlagen anfügen)

Welche Behandlungsvorschläge wurden gemacht und ggf. bereits durchgeführt?

Wurden/Werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein

ja

Leistungsart

Leistungszeitraum (von – bis)

Aus welchen Gründen besteht für Sie die Notwendigkeit einer Aufnahme des Kindes in einer lernpsychotherapeutischen Einrichtung?

Anmerkungen: \_\_\_\_\_

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von (mehrere Kreuze möglich):

P1

P2

Andere: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P1)

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P2)