



Elternfragebogen

Vollstationäre Eingliederungshilfe gemäß § 35 a SGB VIII

Liebe Eltern,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck Ihres Kindes 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 Ihres Kindes einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Angaben zum Kind und zu den Eltern				
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum	
Inhaber/in der Personensorge <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige				
Name, Vorname des Vaters		Name, Vorname der Mutter		
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		
PLZ Wohnort		PLZ Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsdatum		
Telefon		Telefon		
Handy		Handy		
E-Mail		E-Mail		
derzeitige Tätigkeit / Beruf		derzeitige Tätigkeit / Beruf		
Familienstand der Personensorgeberechtigten: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet				
Im Haushalt lebende Geschwister (ggf. auf Rückseite fortführen)				
Name	Geburtsdatum	Derzeitiger Kindergarten/ Schule	leiblich (L), Stiefkind (S), Halbgeschwister (H) Pflegekind (P)	Lebt im gemeinsamen Haushalt?

Herkunft der Eltern

Herkunftsland Mutter _____ Herkunftslan d Vater _____

Seit wann lebt die Mutter in Deutschland? _____

Seit wann lebt der Vater in Deutschland? _____

Wird in der Familie deutsch gesprochen?

gar nicht wenig überwiegend

Entwicklung Ihres Kindes

Verhalten Ihres Kindes im ersten Lebensjahr

unauffällig
 auffällig, weil _____

Motorische Entwicklung Ihres Kindes

unauffällig
 verzögerte Entwicklung _____

Sprachliche Entwicklung

unauffällig
 verzögerte Entwicklung _____

Chronische Erkrankungen

keine
 folgende: _____

Derzeitige Krankheitssymptome/ Auffälligkeiten bei Ihrem Kind

keine
 Schmerzen _____
 Übelkeit, Erbrechen, Durchfall
 motorische Unruhe
 Antriebsarmut
 Schlafstörungen
 gestörtes Essverhalten _____
 Einnässen
 Einkoten
 Tics _____

Benötigt Ihr Kind regelmäßige Medikamenteneinnahme?

nein ja, welche _____

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

keine
 Tod eines nahen Verwandten _____ Alter Ihres Kindes _____
 Trennung der Eltern _____ Alter Ihres Kindes _____
 Aufenthalt Ihres Kindes im Heim/ in einer Pflegefamilie
 Krankenhausaufenthalte Ihres Kindes _____
 Wohnortwechsel _____
 anderes _____

Kindergarten

- keinen
- Regelkindergarten
- Integrationskindergarten

Ging Ihr Kind gerne in den Kindergarten?

- im Allgemeinen ja
- nein, weil _____

Wie verhielt sich Ihr Kind im Kindergarten?

- unauffällig
- auffällig, weil _____

Schule

- altersgemäße Einschulung
- Rückstellung/ Vorschulkindergarten
- Förderbeschulung, welche _____
- wird integrativ beschult
- Wiederholung einer Klasse? welche _____
- zur Zeit Ganztagschule

Welche Schule besucht Ihr Kind?

Geht Ihr Kind regelmäßig in die Schule?

- ja
- fehlt oft, weil _____
- kommt häufig zu spät
- schwänzt die Schule

Mag Ihr Kind seine Klassenlehrerin/ seinen Klassenlehrer?

- ja
- nein, weil _____

Fühlt es sich im Klassenverband wohl?

- ja
- nein, weil _____

Hat Ihr Kind Freunde/ Freundinnen in seiner Klasse?

- ja
- nein, weil _____

Ist das Verhältnis zu einigen Mitschülern gestört?

- nein
- ja, weil _____

Besteht ein aktueller sonderpädagogischer Förderschwerpunkt (bitte Bescheid des Staatlichen Schulamtes beifügen)?

- nein
- weiß ich nicht
- ja, folgender _____

Erhält Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule?

- nein
- ja, folgenden: _____
- weiß ich nicht

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

- nein
- ja, bitte beschreiben _____

Verhalten Ihres Kindes in Ihrer Familie und in seiner Freizeit

Beobachten Sie bei Ihrem Kind in der Familie Verhaltensauffälligkeiten?

- nein
- ja, folgende: _____

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

- nein
- ja, folgende: _____

Wie verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

- altersgemäß
- auffällig, weil _____

Welche Medien nutzt Ihr Kind regelmäßig (z.B. Internet, Spielekonsolen, Fernsehen, DVDs)? Wie oft durchschnittlich (Std./ Woche)?

Hat Ihr Kind Freunde?

nein, weil _____

ja, ca. wie viele _____

schnell wechselnde Freundschaften

Pflegt Ihr Kind die Freundschaften regelmäßig?

regelmäßige persönliche Kontakte (in der Freizeit), wie häufig _____

regelmäßige Telefonate/ SMS, wie häufig _____

Kontakte im Internet (Facebook, SchülerVZ, andere Foren, E-Mail), wie häufig _____

sonstiges, _____

Besucht Ihr Kind regelmäßig eine Kinder- oder Jugendgruppe? Ist es Mitglied im Verein?

nein

ja, nimmt teil bei _____

Beobachten Sie bei Ihrem Kind im Umgang mit anderen Kindern bestimmte Verhaltensauffälligkeiten?

nein ja, welche _____

Welche Stimmung ist bei Ihrem Kind überwiegend vorherrschend?

ausgeglichen

unbeherrscht/ nervös

freundlich

launisch/ schnell wechselhafte Stimmung

aktiv

antriebsarm

anpassungsfähig

leicht reizbar

kontaktfreudig

verschlossen/scheu

lebensfroh

unsicher/ängstlich

selbstsicher

schüchtern

zufrieden

traurig/ bedrückt

Entwicklung des Problemverhaltens

Bitte geben Sie kurz an, welches Problemverhalten Ihres Kindes den Anlass dazu gegeben hat, eine vollstationäre Eingliederungshilfe gem. § 35a SGB VIII zu beantragen?

Wann ist dieses Verhalten erstmalig aufgetreten?

- etwa beginnend mit _____ Jahren
- plötzlich im Alter von _____

Gab es besondere Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten des Verhaltens zusammenfielen?

- nein
- ja: _____

Ist das Verhalten im Laufe der Zeit stärker geworden?

- ja
- nein

Zeigt sich das Verhalten

- an bestimmten Orten: _____ häufiger seltener
- zu bestimmten Zeiten: _____ häufiger seltener
- bei bestimmten Anlässen: _____ häufiger seltener
- im Zusammensein mit bestimmten Personen: _____ häufiger seltener
- Sonstiges: _____ häufiger seltener

Anmerkungen: _____

Wie haben Sie bisher auf das problematische Verhalten Ihres Kindes reagiert?

Welche Maßnahmen wurden bisher von anderen Stellen getroffen, um der Problematik entgegenzuwirken?

Haben Sie bestimmte Vorstellungen, wie man zukünftig auf das Verhalten Ihres Kindes Einfluss nehmen sollte/könnte?

Welche Erwartungen und Hoffnungen haben Sie an diese Jugendhilfemaßnahme?

Anmerkungen: _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter Vater Sonstigem: _____

Datum / Unterschrift/en