



Fragebogen

für junge Volljährige gemäß § 35 s SGB VIII

Liebe/r junge/r Volljährige/r,

um einen möglichst umfangreichen Eindruck von Ihnen 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 Ihr Verhalten einschätzen, auch wenn andere Personen vielleicht nicht damit übereinstimmen. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Eigene Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Familienstand der Eltern, Personensorgeberechtigten (Mutter, Vater u.a.) / Pflegepersonen: <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> verwitwet	
Andere im Haushalt lebende Personen (ggf. auf Rückseite fortführen)	
Name, Vorname	Geburtsdatum

Eltern ausländischer Herkunft

Herkunftsland P1 _____	Herkunftsland P2 _____
Seit wann lebt P1 in Deutschland? _____	Seit wann lebt P2 in Deutschland? _____
Verfügen die Eltern über deutsche Sprachkenntnisse? <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> geringe <input type="checkbox"/> überwiegende <input type="checkbox"/> gute	
Wird in der Familie deutsch gesprochen? <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> eher weniger <input type="checkbox"/> überwiegend	

Wohnsituation

Wie ist Ihre aktuelle Wohnsituation? <input type="checkbox"/> bei den Eltern <input type="checkbox"/> Mietwohnung <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen/besondere Wohnform <input type="checkbox"/> Wohngemeinschaft (WG) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
--

Erkrankungen

Sind bei Ihnen 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

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

In welchem Zusammenhang/in welchen Situationen treten die Symptome/Auffälligkeiten auf?

Benötigen Sie regelmäßige Medikamenteneinnahme?

- nein ja, folgende: _____

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

Von wem?	Welche?	Wann (von – bis)?

Entwicklung im ersten Lebensjahr

Das Verhalten im ersten Lebensjahr war

- unauffällig
 auffällig, weil _____

Motorische Entwicklung

Haben Sie Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten?

- nein ja

Leistungsart	Leistungszeitraum	Alter

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Sie sind in Ihren Bewegungen unauffällig Sie können nur schwer auf Ihrem Platz sitzen bleiben
 Sie sind in Ihren Bewegungen unruhig andere Auffälligkeiten: _____
 Sie verhalten sich oft ungeschickt, z.B. _____

Sprachliche Entwicklung

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sie sprachen lange wenige gleiche Wörter | <input type="checkbox"/> Sie haben einen geringen Wortschatz |
| <input type="checkbox"/> Sie sprechen sehr undeutlich | <input type="checkbox"/> Sie sprechen kaum oder gar nicht |
| <input type="checkbox"/> Sie sprechen kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze | <input type="checkbox"/> Sie sprechen sehr langsam |
| <input type="checkbox"/> Sie sprechen überstürzt, verschlucken/verstellen Laute | <input type="checkbox"/> Sie sprechen sehr viel |
| <input type="checkbox"/> Sie konnten einfache Sätze nicht richtig bilden | <input type="checkbox"/> Sie sprechen oft leise und unsicher |
| <input type="checkbox"/> Sie sprechen langsam/stockend/stotternd | <input type="checkbox"/> Sie sprechen 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
<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 (bitte beschreiben): _____ | | |

Kindergarten (Angaben zum zurückliegenden Besuch des Kindergartens)

Sie besuchten:

- keinen Kindergarten, weil _____
 Regelkindergarten
 Integrationskindergarten

Sind Sie gerne in den Kindergarten gegangen?

- im Allgemeinen ja nein, weil _____

Wie verhielten Sie sich im Kindergarten?

- unauffällig auffällig, weil _____

Schule (Angaben zum Ihrem bisherigen oder bereits zurückliegenden Schulbesuch)

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 | _____ |

Gehen/ Gingen Sie gerne in die Schule?

- im Allgemeinen ja nein, weil _____

Gehen/Gingen Sie regelmäßig in die Schule?

- ja oft gefehlt, weil _____
 häufig zu spät gekommen die Schule geschwänzt

Mögen/Mochten Sie ihre/n Klassenlehrerin/Klassenlehrer?

ja nein, weil _____

Fühlen/Fühlten Sie sich im Klassenverband wohl?

ja nein, weil _____

Haben/Hatten Sie in der Klasse Freunde/Freundinnen?

ja nein, weil _____

Ist/War das Verhältnis zu einigen MitschülerInnen gestört?

nein ja, weil _____

Ist/War Ihr Verhältnis zu einer/m oder mehreren Lehrern/Lehrerinnen gestört?

nein ja, weil _____

Machen/Machten Sie sich Sorgen über die eigene schulische/berufliche Entwicklung?

nein ja, folgende: _____

Wie reagieren Sie auf schlechte (Schul-)Leistungen?

Werden/Wurden von Seiten der Schule bestimmte Verhaltensweisen von Ihnen als auffällig beurteilt?

nein ja, folgende: _____

Bekommen/Bekamen Sie Nachhilfe?

nein ja, durch häusliches Üben ja, durch Nachhilfe

ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit _____. Wie häufig in der Woche? _____

Erhalten/Erhielten Sie einen Nachteilsausgleich in der

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

Führen/Führten schulische Schwierigkeiten zu familiären Konflikten?

nein

ja (bitte beschreiben): _____

Verhalten in Ihrer Familie und in Ihrer Freizeit

Wurden im Bereich der Familie bestimmte Verhaltensweisen (von Ihnen) als auffällig beurteilt?

nein

ja, folgende: _____

Falls ja, entstehen/entstanden dadurch wiederkehrende Konflikte zwischen Ihnen und Ihren Familienmitgliedern?

- nein
 ja, folgende: _____

Sie verbringen die Freizeit außerhalb des Elternhauses

- selten gelegentlich häufig meistens

Welche Medien nutzen Sie regelmäßig (z.B. Handy, PC, Spielekonsolen, TV)? Wie oft durchschnittlich (Std./Woche)?

Sie sind lieber...

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

Sie haben

- viele Freunde, wie viele ca. _____
 eine besondere Freundin/ einen besonderen Freund
 schnell wechselnde Freundschaften
 keine Freunde

Pflegt Sie 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: _____

Haben Sie besondere Interessen/Fähigkeiten?

- nein ja, folgende: _____

Sind Sie in einem Verein/einer Jugendgruppe?

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

Welche Verhaltensweisen/Stimmungen beobachten Sie an sich häufig?

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

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

Vorangegangene Untersuchungen/ weitere Hilfen

Haben Sie sich wegen Schulleistungsschwächen oder anderen Sorgen bezüglich Ihrer Entwicklung 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)

Leistungsart	Leistungszeitraum (von – bis)

Anmerkungen:

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von (mehrere Kreuze möglich):

P1

P2

antragstellende Person

Andere:

Ort, Datum

Unterschrift der antragstellenden Person/gesetzlichen Vertretung (P1)

Ort, Datum

Unterschrift der gesetzlichen Vertretung (P1/P2)