

# FRAGEBOGEN FÜR ELTERN

## 1 Bitte füllen Sie diesen Bogen so vollständig wie möglich aus.

Er hilft mir, Ihr Anliegen und die Situation Ihres Kindes so gut wie möglich zu verstehen. Bitte fügen Sie eine **Kopie des Impfpasses** bei.

Dieser Fragebogen bezieht sich auf das Kind / den Jugendlichen:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_  männl.  weibl.  divers

Alter: \_\_\_\_\_ Jahre      Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Wer sind die Erziehungsberechtigten?

Elternteil 1: \_\_\_\_\_ Elternteil 2: \_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?  Elternteil 1  Elternteil 2  beide

Hat das Kind bei der Beantwortung der Fragen mitgewirkt?  Ja  Nein

## 2 Ihr Hauptanliegen – Dinge, die sich für Ihr Kind / die Familie ändern sollen

Mit welchem Anliegen kommen Sie? Was möchten Sie für Ihr Kind/Ihre Familie **verändert** sehen? Bitte nennen Sie stichpunktartig bis zu drei Punkte, die aktuell belastend sind oder die aus Ihrer Sicht nicht gut sind.

Beispiel:

- schläft schlecht ein
- ist oft unruhig und schnell gereizt
- häufig Bauchschmerzen

**Antwort:**

**Wert**

1. \_\_\_\_\_ --
2. \_\_\_\_\_ --
3. \_\_\_\_\_ --

Geben Sie jedem Punkt eine Wertung von 0–10, wobei 0 kein Problem und 10 ein sehr großes Problem bedeutet. 0 = 😊 10 = 😥

### **3 Ihr angestrebter Zielzustand – Wie wäre es optimal?**

Beschreiben Sie zu jedem Punkt, wie es ideal wäre. Formulieren Sie das Ziel **positiv**, also so, **wie Sie es sich wünschen** – nicht als Verneinung des Problems.

Statt: 'Mein Kind soll *keine Kopfschmerzen* mehr haben.'  
schreiben Sie: 'Mein Kind ist *schmerzfrei*, fühlt sich *wohl* und kann *lebensfroh* durch den Tag gehen.'

Beispiel:

- Mein Kind schläft abends ruhig ein.
- Es kann sich gut konzentrieren.
- Es wirkt ausgeglichen und zufrieden.

#### **Antwort:**

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **4 Mögliche Auslöser oder Einflüsse**

Was vermuten Sie als Ursache oder Auslöser der aktuellen Situation?

Beispiele:

seit einer Erkrankung, im Zusammenhang mit einer Impfung, nach einem Umzug, seit der Trennung der Eltern, nach einem Todesfall in der Familie oder nach einem Schulwechsel.

#### **Antwort:**

-----  
-----  
-----  
-----  
-----  
-----

### **5 Bezugspersonen des Kindes**

Wer sind/waren die wichtigsten Bezugspersonen Ihres Kindes? Bitte nennen Sie Eltern, Geschwister, weitere Familienmitglieder, Tagesmutter, Erzieherinnen oder andere Menschen, die regelmäßig mit Ihrem Kind zu tun haben.

#### **Antwort:**

Enge Bezugspersonen:

-----  
-----  
-----  
-----

Weitere Bezugspersonen:

-----  
-----



## **6 Familien- und Lebenssituation**

Leben Sie als Familie zusammen? Sind Sie als Eltern des Kindes ein Paar?

Bei getrennten Familien: Wie ist der aktuelle Umgang? Sind beide Eltern und das Kind damit einverstanden? Gibt es Geschwister? Wenn ja, bitte mit Geburtsjahr und eventuellen Besonderheiten (z.B. chron. Krankheiten, Halbgeschwister etc.)

Leben andere Personen im Haushalt (z.B. Großeltern)? Gibt es Haustiere?

**Antwort:**

---

---

---

---

---

## **7 Geburt**

Geburtsmodus: Spontangeburt  Kaiserschnitt  andere

Gab es Komplikationen oder Besonderheiten während der Geburt?

Wo fand die Geburt statt:  Krankenhaus  Geburtshaus  Zuhause

Wie haben Sie die Geburt erlebt (eher schwierig oder unproblematisch)?

**Antwort:**

---

---

---

---

---

## **8 Entwicklung des Kindes**

Wie verlief die Entwicklung Ihres Kindes in den ersten Lebensjahren? Gab es Besonderheiten beim Schlafen, Essen, Sprechen, in der Motorik oder im Sozialverhalten? Womit sind Sie besonders zufrieden, was war auffällig?

**Antwort:**

---

---

---

---

---



## **9 Ernährung**

Besondere Ernährungsform? (z.B. vegan, vegetarisch, auch Fleisch)

Gibt es Vorlieben? (z.B. nur Nudeln mit Tomatensoße)

Was wird abgelehnt? (z.B. Gemüse, Fleisch, Fisch)

Bekannte Unverträglichkeiten oder Allergien?

Finden Sie, dass Ihr Kind zu viel oder zu wenig isst?

**Antwort:**

---

---

---

## **10 Krankheiten und Diagnosen**

Bitte listen Sie bekannte medizinische Diagnosen Ihres Kindes mit dem ungefähren Beginn auf.

Beispiele:

- Neurodermitis seit dem 2. Lebensjahr
- Asthma seit 2021

**Antwort:**

---

---

---

---

## **11 Medikamente und Supplamente**

Bitte nennen Sie aktuell und früher eingenommene (wichtige) Medikamente.

Beispiel:

- Salbutamol bei Bedarf
- Vitamin D täglich
- Probiotika unregelmäßig

Nahrungsergänzung / Vitamine / Spurenelemente – welche Supplamente bekommt das Kind? Probiotika, Vitamin D, Omega3, Selen, Magnesium, Jod, Andere? (Bitte Dosierung angeben)

**Antwort:**

Präparat

Dosierung

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **12 Krankengeschichte der Familie**

Gibt es in Ihrer Familie Krankheiten oder Themen, die aus Ihrer Sicht relevant sind? Beispiele: Allergien, Autoimmunerkrankungen, psychische Belastungen, chronische Krankheiten, besondere familiäre Ereignisse.

**Antwort:**

---

---

---

---

---

---

---

## **13 Wohnumfeld und Lebensumstände**

Gab oder gibt es Besonderheiten im Wohnumfeld? Beispiele: häufige Umzüge, Feuchtigkeit oder Schimmel, Lärmbelastung, längere Auslandsaufenthalte, schulische Belastungen.

**Antwort:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **14 Betreuung und Kindergarten / Schule**

Ab wann war Ihr Kind in der außерfamiliären Betreuung (Tagesmutter, Krippe, Kindergarten)? Welche Einrichtung besucht es aktuell? Gab es auffällige oder belastende Situationen in der Betreuung oder Schule?

**Antwort:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



## **15 Hobbies und Freizeit**

Welche Hobbys hat Ihr Kind? Bitte nennen Sie sportliche, kreative oder andere regelmäßige Aktivitäten. Wie häufig wird das jeweilige Hobby und wie lange ausgeübt?

Beispiele: Sport, Musik, Basteln

**Antwort:**

---

---

---

## **16 Medienkonsum**

Welche Medien nutzt Ihr Kind regelmäßig? (z.B. Fernsehen, Tablet, Smartphone, Computer)

Welche Inhalte? (Spiele, Serien, soziale Medien, „Weiß ich nicht“ etc.)

Wie lange pro Tag und pro Woche?

**Antwort:**

---

---

## **17 Weitere Hinweise**

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten und das für die Behandlung wichtig und hilfreich sein könnte?

**Antwort:**

---

---

---

## **Einverständnis**

In die Weitergabe dieser vertraulichen Informationen an Dr. C. Schellenberg willigen alle Erziehungsberechtigten ein. In die Beratung eines Erziehungsberechtigten willigt der nicht anwesende andere Erziehungsberechtigte ein.

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname Elternteil 1

\_\_\_\_\_  
Vorname Nachname Elternteil 2

Ich empfehle Ihnen diese Informationen ausgedruckt per Post an uns zu schicken. Ein Versand per E-Mail sollte, wenn überhaupt, nur verschlüsselt erfolgen. Hierzu steht Ihnen unsere ProtonMail-Adresse zur Verfügung:

**praxisschellenberg@protonmail.com**  
(kostenfreie Anmeldung erforderlich)

