

# Elternfragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

Telefon:

tagsüber erreichbar unter (priv., berufl. oder mobil)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

email: \_\_\_\_\_

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 zu Kind und Eltern				
Name, Vorname des Kindes			Geburtsdatum	
InhaberIn der Personensorge <input type="checkbox"/> beide Elternteile <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Sonstige, nämlich:				
Name, Vorname des Vaters		Name, Vorname der Mutter		
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer		
PLZ Wohnort		PLZ Wohnort		
Geburtsdatum		Geburtsdatum		
Schulabschluss		Schulabschluss		
Erlerner Beruf		Erlerner Beruf		
derzeitige Tätigkeit		derzeitige Tätigkeit		
Arbeitszeiten		Arbeitszeiten		
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?

**Eltern ausländischer Herkunft/Aussiedlerfamilien**

Herkunftsland Mutter \_\_\_\_\_ Herkunftsland Vater \_\_\_\_\_

Seit wann lebt  die Familie  die Mutter  der Vater in Deutschland? \_\_\_\_\_

Verfügen die Mutter/der Vater über deutsche Sprachkenntnisse?

keine  mittelmäßige

geringe  gute

Hatte das Kind bei der Einschulung deutsche Sprachkenntnisse?

keine  mittelmäßige

geringe  gute

Hat das Kind Sprachförderung/Sprachförderunterricht erhalten?

nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Wird in der Familie Deutsch gesprochen?

gar nicht  eher wenig

kaum  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 der Mutter  von dem Vater

von den Eltern gemeinsam  von den Großeltern oder Schwiegereltern

von \_\_\_\_\_

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 seinen Geschwistern?

überwiegend gut  häufig Streit, wegen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Erkrankungen Eltern/Geschwister

Schwere Erkrankung der Mutter	_____
Krankenhausaufenthalte der Mutter, Zeitraum von / bis	_____
Schwere Erkrankung des Vaters	_____
Krankenhausaufenthalte des Vaters, wenn von / bis	_____
Schwere Erkrankung der Geschwister	_____
Krankenhausaufenthalte, wenn ja von / bis	_____

### Entwicklung des Kindes

Schwangerschaft	
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Komplikationen/belastende Bedingungen _____

### Geburt

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> Kaiserschnitt, Zangen-, Saugglockengeburt
<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht unter 2500 Gramm	<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt
<input type="checkbox"/> Frühgeburt (vor 37. Woche)	<input type="checkbox"/> Geburtsgewicht über 4500 Gramm

### Ernährung/Verhalten (1. Lebensjahr)

Mehrfachantworten bei den folgenden Fragen möglich

<input type="checkbox"/> wurde nicht gestillt	<input type="checkbox"/> wurde gestillt (Wochen/Monate) _____
<input type="checkbox"/> häufiges Schreien/erhöhte Unruhe	<input type="checkbox"/> besonders ruhig und bewegungsarm
<input type="checkbox"/> ruhiges/zufriedenes Kind	<input type="checkbox"/> besonders reizüberempfindlich
<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen (Aufschrecken, geringes Schlafbedürfnis)

### Motorische Entwicklung

<input type="checkbox"/> krabbeln mit _____ Monaten	<input type="checkbox"/> laufen mit _____ Monaten
<input type="checkbox"/> nicht gekrabbelt	<input type="checkbox"/> motorische Entwicklung verzögert *)
Das Kind hat Krankengymnastik, Frühförderung, Ergotherapie erhalten (Alter, Behandlungsdauer) _____ _____	
Das Kind	
<input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen unruhig	
<input type="checkbox"/> kann nur schwer auf seinem Platz sitzen bleiben	
<input type="checkbox"/> ist in seinen Bewegungen langsam und schwerfällig	
<input type="checkbox"/> stolpert häufig beim Gehen und Laufen	
<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"/> sprach sehr undeutlich                     | <input type="checkbox"/> spricht undeutlich  |
| <input type="checkbox"/> sprach kaum oder gar nicht                 | <input type="checkbox"/> spricht kurze, unvollständige oder falsch geordnete Sätze |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr langsam                        | <input type="checkbox"/> spricht überstürzt, verschluckt, verstellt Laute          |
| <input type="checkbox"/> konnte einfache Sätze nicht richtig bilden | <input type="checkbox"/> spricht langsam/stockend/stotternd                        |
| <input type="checkbox"/> sprach sehr viel                           | <input type="checkbox"/> spricht oft leise und unsicher                            |
| <input type="checkbox"/> andere Auffälligkeiten                     |  |

Sprachtherapie

- nein  ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Therapeut/in \_\_\_\_\_

## Erkrankungen

Sind bei Ihrem Kind Erkrankungen festgestellt worden, liegen bereits bestimmte Diagnosen vor?

welche? \_\_\_\_\_

durch wen / wann festgestellt \_\_\_\_\_

Welche Erkrankungen hatte das Kind (zudem)?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> häufige Erkältungen       | <input type="checkbox"/> Asthma/Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Hals-/ Rachenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Allergien            |
| <input type="checkbox"/> Ohrenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden        |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Hirnhautentzündung   |
| <input type="checkbox"/> Kinderkrankheiten         | <input type="checkbox"/> andere, welche?      |

Unfälle/Stürze Alter \_\_\_\_\_ Beschreibung \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt Alter \_\_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt Alter \_\_\_\_\_ Dauer \_\_\_\_\_

Grund \_\_\_\_\_

Werden bestimmte Krankheitssymptome/Auffälligkeiten häufig beobachtet?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen  | <input type="checkbox"/> Übelkeit/Erbrechen/Durchfall |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> gestörtes Essverhalten       |

- Krämpfe  Schlafstörungen  
 Einnässen/Einkoten  Tics (z.B. Augenzwinkern, Mundzucken, Bewegungen)  
 andere, welche? \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie oft ist das Kind im Jahr krank?  0- bis 3-mal  4- bis 5-mal  6-mal und mehr

Regelmäßige Medikamenteneinnahme?  ja, welche? \_\_\_\_\_

Welche Behandlungen/Therapiemaßnahmen wurden bisher empfohlen und durchgeführt?

von wem? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_ durchgeführt von/bis \_\_\_\_\_

von wem? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_ durchgeführt von/bis \_\_\_\_\_

von wem? \_\_\_\_\_ welche? \_\_\_\_\_ durchgeführt von/bis \_\_\_\_\_

### Besondere Ereignisse

- Tod der Mutter/Großmutter Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 Tod des Vaters/Großvaters Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 Tod eines Geschwisters Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 Trennung der Eltern Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 Trennung von Geschwistern Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 Stiefkind/Pflegekind/Adoptivkind seit \_\_\_\_\_  
 Schwere Erkrankung  Mutter  Vater  Geschwister  
 Großmutter  Großvater Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt im Heim von/bis \_\_\_\_\_  
 Aufenthalt in Pflegefamilie von/bis \_\_\_\_\_  
 Wohnortwechsel von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
von \_\_\_\_\_ nach \_\_\_\_\_ Alter des Kindes \_\_\_\_\_  
 andere, welche? \_\_\_\_\_

### Kindergarten

Kinderkrippe und Regelkindergarten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Sprachheilkindergarten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Heilpädagogischer Kindergarten von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ging das Kind gerne in den Kindergarten?

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

Wie verhielt sich das Kind im Kindergarten?

- unauffällig  auffällig, weil \_\_\_\_\_  
 besuchte keinen Kindergarten, weil \_\_\_\_\_

## Schule

Schulverlauf Vorschule von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 altersgemäße Einschulung  ja  nein  
 vorzeitige Einschulung wann \_\_\_\_\_ warum \_\_\_\_\_  
 Rückstellung wann \_\_\_\_\_ warum \_\_\_\_\_  
 Sprachheilklasse von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 andere Beschulung, welche? \_\_\_\_\_  
 Wiederholung der Klasse \_\_\_\_\_  Elternwunsch  Anraten der Schule  
 Schulwechsel wann \_\_\_\_\_ warum \_\_\_\_\_  
 zeitweise kein Schulbesuch, weil \_\_\_\_\_

Geht das Kind gerne in die Schule?

- im Allgemeinen ja  nein  hat große Angst vor der Schule

Geht das Kind regelmäßig in die Schule?

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

Mag das Kind seine Klassenlehrerin/seinen Klassenlehrer?

- 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 seinen Mitschülern/zu einigen Mitschülern gestört?

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

Ist das Verhältnis des Kindes zu einem oder mehreren Lehrern gestört?

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

Ist das Kind nach Ihrer Einschätzung in die Klassengemeinschaft integriert?

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

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

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

Letztes Gespräch mit der Klassenlehrerin/dem Klassenlehrer \_\_\_\_\_

Bekommt das Kind Nachhilfe?

- nein                       ja, durch häusliches Üben                       ja, durch Nachhilfe  
 ja, durch Förderunterricht in der Schule, seit wann \_\_\_\_\_ wie häufig in der Woche \_\_\_\_\_

bekommt Ihr Kind einen Nachteilsausgleich in der Schule (z.B. gesonderte individuelle Aufgaben, Aussetzen der Note, stärkere Gewichtung mündlicher Leistungen, Ausweitung der Arbeitszeit bei Lernkontrollen, Entsprechendes bitte unterstreichen)

ja, durch \_\_\_\_\_ in der Woche \_\_\_\_\_ Stunden

Wie viel Zeit benötigt das Kind für die Hausaufgaben?                      ungefähr tägl. \_\_\_\_\_ Stunden

Wie erledigt das Kind seine schulischen Aufgaben?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> fängt von selbst an               | <input type="checkbox"/> muss erinnert und aufgefordert werden         |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben selbständig | <input type="checkbox"/> weigert sich oft, die Aufgaben zu machen      |
| <input type="checkbox"/> erledigt die Aufgaben zügig       | <input type="checkbox"/> arbeitet langsam                              |
| <input type="checkbox"/> arbeitet sorgfältig               | <input type="checkbox"/> arbeitet nicht sorgfältig und wenig motiviert |
| <input type="checkbox"/> arbeitet konzentriert             | <input type="checkbox"/> arbeitet sehr unkonzentriert                  |
| <input type="checkbox"/> braucht kaum Hilfe                | <input type="checkbox"/> braucht häufig Hilfe                          |
| <input type="checkbox"/> weint oft bei den Hausaufgaben    | <input type="checkbox"/> verhält sich oft aggressiv                    |
| <input type="checkbox"/> häufige Auseinandersetzungen      | <input type="checkbox"/> anders, wie _____                             |

Werden die Hausaufgaben kontrolliert?

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

### Verhalten des Kindes

Das Kind verbringt seine Freizeit... außerhalb des Elternhauses

- |                                 |                                       |
|---------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> selten | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> meistens     |

Das Kind ist lieber

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> für sich allein                     | <input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern |
| <input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern | <input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern  |

Hat das Kind Freundinnen/Freunde?

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

\_\_\_\_\_

Wie verhält sich das Kind im Umgang mit anderen Kindern?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> geht auf andere Kinder zu                 | <input type="checkbox"/> verhält sich anderen Kindern gegenüber oft rücksichtslos   |
| <input type="checkbox"/> wird schnell einbezogen/ist beliebt       | <input type="checkbox"/> kann Konflikte gut/in angemessener Weise lösen             |
| <input type="checkbox"/> kann gut mit anderen zusammen spielen     | <input type="checkbox"/> neigt schnell zu Zorn- und Wutausbrüchen                   |
| <input type="checkbox"/> will meistens im Mittelpunkt stehen       | <input type="checkbox"/> hält sich nicht an Regeln und Abmachungen                  |
| <input type="checkbox"/> bringt oft Ideen/Spielvorschläge ein      | <input type="checkbox"/> gibt schnell nach/zieht sich bei Konflikten schnell zurück |
| <input type="checkbox"/> wird kaum beachtet/ist oft Außenseiter/in | <input type="checkbox"/> geht auf Spielvorschläge anderer Kinder ein                |
| <input type="checkbox"/> will meistens bestimmen/Anführer/in sein  | <input type="checkbox"/> schimpft und schlägt schnell                               |
| <input type="checkbox"/> stört, ärgert andere Kinder oft           | <input type="checkbox"/> anders, wie? _____   |

Hat das Kind besondere Interessen/Fähigkeiten?

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

Ist das Kind in einem Verein/in einer Jugendgruppe?

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

Hat das Kind an Ferienfreizeiten teilgenommen?

- nein  ja, welchen? \_\_\_\_\_

Welche Verhaltensweisen beobachten Sie oft? Ist das Kind häufig?

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

- |  |  |
|--|--|
| <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"/> selbständig/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"/> Kontaktscheue/Einzelgängertum _____ | <input type="checkbox"/> einsichtig/umgänglich   |
| <input type="checkbox"/> Stehlen _____                       | <input type="checkbox"/> sexuelle Auffälligkeiten _____                                |
| <input type="checkbox"/> andere, welche?                     |  |

In welchen Situationen beobachten Sie die auffälligen Verhaltensweisen besonders oft?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Einschätzung der Eltern**

Welche schulischen Schwierigkeiten bestehen aus Ihrer Sicht bei ihrem Kind vorrangig?

---

---

---

---

---

Wie erklären Sie sich diese Schwierigkeiten des Kindes?

---

---

---

---

Auf welche Weise haben Sie bisher versucht, dem Kind zu helfen?

---

---

---

---

Welche Versuche waren hilfreich? Welche Verbesserungen/Veränderungen konnten erreicht werden?

---

---

---

---

Welche Veränderungen/Ziele soll Ihr Kind erreichen?

---

---

---

---

Was glauben Sie, wie Sie Ihrem Kind helfen könnten, diese Veränderungen/Ziele zu erreichen?

---

---

---

**Antragstellung**

Wer hat Sie auf die Möglichkeit der Antragstellung gemäß § 35a SGB VIII aufmerksam gemacht?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie bereits Kontakt zu Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des Jugendamtes?

nein  ja, wann? \_\_\_\_\_

mit \_\_\_\_\_

Wurden/werden bereits Hilfemaßnahmen des Jugendamtes durchgeführt?

nein  ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Anmerkungen**

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

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von

Mutter  Vater  beiden Eltern  von \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift