**Erhebungsbogen für Verhaltenstherapie ( Kinder)**

Bitte füllen Sie diesen Erhebungsbogen zur Ermöglichung einer effizienten Behandlungstätigkeit sorgfältig aus. Sollte der Platz für einzelne Fragen nicht ausreichen, benutzen Sie bitte die Rückseiten. Es ist sehr wichtig, dass Sie diesen Bogen sorgfältig und vollständig ausfüllen. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Im Rahmen von Supervision zur Qualitätssicherung und auch zur Beschleunigung der Formulierung des Antrages zur Übernahme der Therapie an Ihre Krankenkasse, wird dieser Bogen gegebenenfalls (ohne die Nennung Ihres Namens) anderen psychologischen Kollegen, die ebenfalls der Schweigepflicht unterliegen, zur Verfügung gestellt. Dies dient dem Interesse Ihres Kindes an einer baldigen und effizienten Behandlung.

F r a g e b o g e n z u r K i n d e r t h e r a p i e

Dieser Fragbogen soll uns helfen, ein möglichst umfassendes Bild von der lebensgeschichtlichen Entwicklung des zu behandelnden Kindes sowie seines Umfeldes, in dem e s sich derzeit befinden und in dem es aufgewachsen ist, zu bekommen. Das Ausfüllen wird ungefähre eine Stunde dauern. Bitte nehmen Sie sich Zeit dafür, und füllen Sie den Fragenbogen in Ruhe alleine aus und beantworten Sie alle Fragen. Viele Fragen sind sehr persönlich, im Interesse einer Verbesserung der Beschwerden des Kindes. Es ist wichtig, dass sie die Fragen offen und ehrlich beantworten. Rechtschreibung und Formulierungen sind nicht so wichtig, da es auf den Inhalt und nicht auf die, Form ankommt Wenn Sie eine Frage nicht schriftlich beantworten möchten, machen Sie bitte einen entsprechenden Vermerk (Z. B: „möchte ich persönlich erläutern“).

**Wer füllt den Fragebogen aus?**

Mutter ? Stiefmutter ? Vater ? Stiefvater ?

Lehrer/in ? Betreuer/in ? Therapeut/in ?

**Geburtsdatum des Kindes: Geschlecht:** m ? w *?* **Vorname des Kindes:**

**Erster Buchstabe des Nachnamens:**

|  |
| --- |
| **Beschreiben Sie bitte in eigenen Worten die fünf wichtigsten Probleme und Beschwerden des Kindes, aufgrund derer Sie eine Behandlung aufsuchen. Bitte geben Sie hinter jedem Problem eine Gewichtung von 1 bis 10 an. 10 bedeutet extrem, 1 bedeutet leicht.** |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| 4. |
| 5. |

**Kreuzen Sie an, welche der folgenden Beschwerden auftreten:**

Körperlich

Kopfschmerzen Schwindel Schwächeperioden Ermüdbarkeit Herzklopfen Magenstörung Alpträume Ohnmachten

Verdauungsbeschwerden Appetitlosigkeit Gewichtsabnahme

(Wie viel?)

Gewichtszunahme (Wie viel?)

Übergewicht Untergewicht starkes Schwitzen Hautjucken Zittern Atemnot Muskelspannung Mundtrockenheit häufiges Wasserlassen Würgegefühl Kälteschauer Hitzewallungen

Schlafprobleme

Einschlafstörungen Durchschlafstörungen Alpträume Vermehrter Schlaf morgendliches Früherwachen

Emotionale Probleme

Angst Panikgefühle Spannungsgefühle Schreckhaftigkeit Traurigkeit Resignation Hilflosigkeit Hoffnungslosigkeit Einsamkeitsgefühle Niedergeschlagenheit Freudlosigkeit Gefühlsleere

Wut Ärgergefühle Lustlosigkeit Gefühlsschwankungen Reizbarkeit Unruhegefühle Unwirklichkeitsgefühle Überempfindlich

Selbstbewertungen

Schuldempfinden Selbstabwertung Geringer Selbstwert Ich bin unfähig Selbsthass Verbitterung Selbstmordgedanken Selbstmordpläne Minderwertigkeitsgefühle Ich bin nichts wert Ich traue mir nichts zu Alle anderen sind besser

Ich weiß nicht, was ich will Ich kenne meine Wünsche

nicht

Ich verstehe mich nicht Ich sehe schwarz

Es wird alles schlimmer Ich verliere die Kontrolle Ich halte nicht durch Ich werde zugrundegehen Niemand hilft mir Ich muss vor Angst sterben Es hat alles keinen Sinn Ich schäme mich

Ich werde nichts erreichen Ich kann mir nicht helfen Ich bin dumm Alle lachen über mich Denke nur an Probleme Ständiges Grübeln

Leistungsfähigkeit

Gedächtnisschwierigkeiten Konzentrationsprobleme Denkprobleme Keine Ausdauer Entscheidungsprobleme Denkunfähigkeit

Sozialer Kontakt

Isoliert Keine Freunde Unbeliebt Oberflächige Bekannte Kein Familienkontakt Nur Familienkontakt Partnerlos Eifersüchtig

Soziale Hemmungen Vermeidung von

Kontakten

Angst vor Fremden Misstrauisch

Zu wenig Freunde Zu viel allein Seelisch abhängig Kontaktgestört

Energetik

Erschöpft Energielos Ausgelaugt am Ende

Ungewöhnliches Denken/Empfinden/Verhalten

Verfolgungsgedanken Größengedanken Stimmen Hören Visuelle Halluzinationen Einstellungen/Eigenarten

perfektionistisch arbeitsorientiert leistungsorientiert Kompromisslos

|  |
| --- |
| **Schildern Sie kurz, ob die Beschwerden zu einer Reduktion der Freizeitaktivitäten führten:** |
| **Schildern Sie kurz, ob die Beschwerden zu einer Reduktion des schulischen Lernverhaltens führen:** |
| **Schildern Sie kurz, ob die Beschwerden zu einem Rückzug von Sozialkontakten führten:** |
| **Schildern Sie kurz, ob es Dinge gibt, die das Kind aufgrund von Angst vermeidet:** |
| **Schildern Sie kurz, wann Ihnen die Probleme/Beschwerden zum ersten Mal aufgefallen sind und wie sie sich bis heute entwickelt haben:**  **1. Erstmaliges Auftreten / Auslöser:**  **E2. Entwicklung der Problem/ Beschwerden:** |
| **An wen haben Sie sich bisher wegen der Problem gewandt?** |

1. Lebensgeschichtliche Entwicklung

**Schwangerschaft und Geburt**

|  |  |
| --- | --- |
| Gab es Komplikation bei der Schwangerschaft? Wenn ja, worin bestanden diese? | |
| Wie ist die Geburt verlaufen? | |
| War das Kind geplant? | |
| Bitte beschreiben sie kurz, welche positiven und negativen Veränderungen die Geburt des Kindes mit sich gebracht hat: | |
| positive Veränderungen | negative Veränderungen |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Kinderkrippe und Kindergarten**

|  |
| --- |
| Ist das Kind in einer Kinderkrippe gewesen? |
| Mit welchem Alter ist das Kind in den Kindergarten gekommen? |
| Aus welchen Gründen ist das Kind erst später als mit 3 Jahren in den Kindergarten gekommen? |
| Wie kommt/kam das Kind mit anderen Kindern im Kindergarten zurecht? |

**Grundschule**

|  |  |
| --- | --- |
| Mit welchem Alter ist das Kind eingeschult worden? | |
| Mit welchem Fächern hat/hatte das Kind Schwierigkeiten? | |
| Hat das Kind eine Klasse wiederholt?  ja ? nein ? | Wenn ja welche Klasse wurde wiederholt? |
| In welchen Fächern tut/tat sich das Kind leicht? | |
| Wie kommt/kam das Kind mit den LehrerInnen zurecht? | |
| Wie beurteilen/beurteilten die LehrerInnen das Verhalten des Kindes? | |

**Hort**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Besucht das Kind einen Hort?  Seit wann besucht das Kind einen Hort? | ja ? | nein ? |
| Besuchte das Kind früher einen Hort?  Wie lange besuchte das Kind einen Hort? | ja ? | nein ? |
| Wenn das Kind einen Hort besucht/e, wie häufig und wie viele Stunden täglich? | | |
| Wie sicht/sah das Verhältnis des Kindes zu den BetreuerInnen aus? | | |
| Wie kommt/kam es mit den anderen Hortkindern zurecht? | | |

|  |
| --- |
|  |

**Weiterführende Schule**

|  |
| --- |
| Welche Art von weiterführender Schule besucht das Kind? |
| Welche Schwierigkeiten hat das Kind mit dem Wechsel von der der Grundschule auf die weiterführende Schule gehabt? |
| Wie kommt es mit Gleichaltrigen zurecht? |
| Wie kommt das Kind mit den Lehren zurecht? |
| Wie beurteil die Lehrer das Verhalten des Kindes? |

|  |  |
| --- | --- |
| welche Fächer fallen ihm schwer? | |
| An welchen Fächern hat das Kind Spaß? | |
| Wie waren die Durchschnittsnoten der letzten Zeugnisse? | |
| Hat das Kind eine Klasse wiederholt?  ja ? nein ? | Wem ja, weiche Klasse wurde wiederholt? |
| Hat es eine plötzliche Verschlechterung der Schulleistungen gegeben? ja ? nein ?  Wem ja, wann? | |
| Haben Sie eine Idee, womit diese Verschlechterung in der Schule zusammen hängen könnte? | |
| Wer hilft dem Kind bei seinen Hausaufgaben? | |

**Familie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Alter des Vaters bei Geburt das Kindes: | | Alter der Mutter bei Geburt des Kindes: | |
| Beruf des Vaters/Stiefvater: | | Beruf der Mutter/Stiefmutter: | |
| Zahl der Brüder: | Alter | Zahl der Schwestern: | Alter |
| Wie ist die Beziehung des Kindes zu den (Stief-/Geschwistern? | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Wie ist die Beziehung des Kindes zu seinen Eltern/Stiefeltern? | |
| Beziehung zur Mutter/Stiefmutter | Beziehung zum Vater/Stiefvater |
| Beschreiben Sic kurz die Atmosphäre; in der Familie des Kindes: | |
| Wie häufig kommt es zu Streits? | |
| Wie wird in der Familie des Kindes mit Konflikten/Problemen ungegangen? | |
| Wo wächst das Kind derzeit auf?  Wenn das Kind nur bei einem Elternteil aufwächst, aus welchen Gründen wächst es bei der Mutter / dem Vater auf? | |
| War das Kind eine Zeit in einem Heim? ja ? nein ?  Wenn ja, wie Lange? | |
| Im Falle einer Scheidung/Trennung der Eltern: wie ist die Trennung verlaufen? | |

**Erziehung**

|  |  |
| --- | --- |
| Wofür wird das Kind gelobt/belohnt? | Wie wird das Kind belohnt? |
| Wofür wird das Kind bestraft? | Wie wird das Kind bestraft? |
| Wie viel Zeit verbringen die Eltern täglich mit dem Kind? | |
| Was unternehmen die Eltern in der Freizeit mit dem Kind?  Wie häufig kommt das vor? | |

|  |  |
| --- | --- |
| Wo liegen Stärken in Fähigkeiten und Verhaltensweisen des Kindes? | In welchen Bereichen hat es Schwächen? |
| Bitte schildern Sie kurz Verhaltensweisen der Eltern (Mutter, Vater, Erziehungsberechtigte), die möglicherweise mit zu der jetzigen Problematik geführt haben: | |
| Wie würden Sie das Kind beschreiben? Bitte unterstreichen Sie diejenigen Begriffe, die ihr Kind zutreffend beschreiben.  zugewandt, offen, freundlich, abgewandt, ausdauernd, aktiv, konzentriert, unruhig, zurückgezogen, weist anderen die Schuld zu, fühlt sich leicht überfordert, gehorsam, phantasievoll, selbstbewusst, aggressiv, hat eine schnelle Auffassungsgabe, vergesslich, schreit viel, hyperaktiv, kreativ, unansprechbar, schwer zu lenken, gehemmt, beunruhigt. dickköpfig, ungehorsam, stark an eigenen Regeln orientiert, Ungeduldig. fröhlich, lügt andere an, passiv, impulsiv, angepasst, wird leicht wütend, redet viel, fahrig, sucht Kontakt zu anderen Kindern, zufrieden, fühlt sich unterfordert, weint häufig, scheint in einer eigenen Welt zu leben, möchte im Mittelpunkt stehen, unkonzentriert, fleißig, zappelig, wendet Gewalt an, interessiert, bemerkt Gefühle anderer, ängstlich, kontaktscheu, ungehorsam, misstrauisch, meidet Kontakt mit anderen Kindern, hat wenig Selbstvertrauen, häufig gelangweilt, ehrgeizig, begeisterungsfähig, schüchtern, sucht nach Aufmerksamkeit, fuhrt wiederholt eintönige Bewegungen aus, trotzig, lernt langsam, gibt viele Widerworte, lässt sich durch Blicke lenken | |

**Freunde/Tagesablauf**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wie viele Freunde hat/hatte das Kind im **Kindergarten**? | | |
| Wie lange bestehen/bestanden diese Freundschaften? | | |
| Geschlecht der Freunde m ? w ? | Die Freunde sind/waren älter ?  jünger ? gleichaltrig ? | Was spielt/e das Kind mit den Freunden? |
| Wie viele Freunde hat/hatte das Kind in der **Grundschule**? | | |
| Wie lange bestehen/bestanden diese Freundschaften? | | |
| Geschlecht der Freunde m ? w ? | Die Freunde sind/waren älter ?  jünger ? gleichaltrig ? | Was spielt/e das Kind mit den Freunden? |

|  |
| --- |
| Wie viele Freunde hat das Kind in der **weiterführenden Schule**? |
| Wie lange bestehen diese Freundschaften bereits? |
| Bestehen die Kontakte mit den Schulfreunden auch über den Schulvormittag hinaus? ja ? nein ? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Geschlecht der Freunde | Die Freunde sind | Was spielt/unternimmt das Kind mit den Freunden? |
|  | älter ? |  |
| m ? w ? | jünger ? |  |
|  | gleichaltrig ? |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Hat das Kind Freunde, die nicht mit ihm zur Schule gehen? Wem ja, wie viele? | | | ja ? | nein ? |
| Wie lange bestehen diese Freundschaften bereits? | | | | |
| Geschlecht der Freunde | Die Freunde sind | Was spielt/unternimmt das Kind mit den Freunden? | | |
|  | älter ? |  | | |
| m ? w ? | jünger ? |  | | |
|  | gleichaltrig ? |  | | |

|  |
| --- |
| Beschreiben Sie kurz den Tagesablauf eines üblichen Wochentages (vom Aufstehen bis zum ins Bett gehen) |
| Beschreiben Sie kurz den Tagesablaufes eines typischen Samstag oder Sonntags (vom Aufstehen bis zum ins Bett gehen) |

Krankheiten/Verlusterlebnisse

|  |  |
| --- | --- |
| War das Kind oft krank? ja ? nein ? | |
| Welche Krankheiten hatte das Kind? | Welche chronischen Krankheiten bestehen? |
| Welche Verlusterlebnisse hat das Kind gehabt? (Tod in der Familie, Verlust von Freunden durch Umzug, Schulwechsel. Streit o.ä.)  Leidet das Kind noch heute unter diese Verlusterlebnissen? ja ? nein ? Wenn ja, wie macht sich das bemerkbar? | |
| Welche Erfahrungen gab es außerdem, die schwer für das Kind waren? | |

|  |
| --- |
|  |

1. Entwicklungsstand

|  |  |
| --- | --- |
| Welches war das Lieblingsspielzeug des Kindes im Vorschulalter? | |
| Wie lange kam sich das Kind mit einer Sache/Aktivität beschäftigen? | Das Kind spielt eher…  …alleine ?  …mit anderen zusammen ?  …alleine und mit anderen zusammen ? |
| Welche Situationen stellt das Kind im Spiel nach? | Womit beschäftigt sich das Kind derzeit vorwiegend in seiner Freizeit? |
| Welche Hobbys hat das Kind? (Musikinstrumente, Sportverein,...) | Werden die Hobbys von den Eltern gefördert?  ja ? nein ? |
| Wie viel Zeit des Tags verbringt das Kind mit Computerspielen? | Geht das Kind den Hobbys auf eigenen Wunsch nach?  ja ? nein ? |
| Wie würden Sie das Spielverhalten des Kindes beschreiben? Bitte unterstreichen Sie diejenigen Begriffe, die das Spielverhalten Ihres Kindes zutreffend beschreiben.  ausdauernd, aktiv, konzentriert, zurückgezogen, phantasievoll, aggressiv, spielt nur nach Aufforderung der Eltern/Bezugspersonen, bewegt sich nicht gern, schreit macht häufig etwas kaputt im Spiel, hyperaktiv, kreativ, setzt sich gegen andere durch, ungeduldig, fröhlich, passiv, impulsiv, wütend, agil, kann mit wenigen Utensilien viel machen, wirft mit Spielzeug, zufrieden, weint, ehrgeizig, unkonzentriert, spielt vorwiegend allein, fordert anderen zum Mitspielen auf, wiederholt häufig eintönige Bewegungen oder einfache Worte, wechselt sehr häufig das Spielzeug, malt, bastelt, baut etwas, spielt draußen, bewegt sich gern, ahmt Geräusche nach, singt, tanzt, stellt Situationen nach, braucht viel äußere Anregung zum Spielen | |

**Motorische und sprachliche Fähigkeiten**

|  |
| --- |
| Welche motorischen Fähigkeiten beherrscht das Kind? Bitte unterstreichen Sie diejenigen Begriffe, welche die motorischen Fähigkeiten ihres Kindes zutreffend beschreiben.  Klettern, Purzelbaum schlagen, Knöpfe auf- und zuknöpfen. Schuhe binden, mit Messer und Gabel essen, sich alleine waschen, einen Ball fangen, einen Ball werfen, schnell rennen, Rad fahren |

|  |
| --- |
| Wann hat das Kind gelernt Rad zu fahren? |
| Worin bestehen motorisch Schwierigkeiten? Bitte unterstreichen Sie diejenigen Bewegungsabläufe, welche ihr Kind nicht beherrscht.  Klettern, Purzelbaum schlagen, Knöpfe auf- und zuknöpfen, Schuhe binden, mit Messer und Gabel essen, sich alleine waschen, einen Ball fangen, einen Ball werfen, schnell rennen, Rad fahren |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mit wie vielen Jahren hat das Kind seine ersten Wörter gesprochen? | Wann hat es begonnen, ganze Sätze zu sprechen? | Spricht das Kind heute ganze Sätze? |
| Ist das Kind Legastheniker? | Seit wann besteht eine Lese- und Rechtschreibschwäche? | Wenn das Kind Legastheniker gewesen ist, von wann bis wann bestand die Lese- und Rechtschreibschwäche? |

|  |  |
| --- | --- |
| Wie gut ist die Artikulation des Kindes? | Stottert oder poltert das Kind? (Unzutreffendes bitte streichen) |
| Wie gut drückt das Kind sich sprachlich aus? | |
| Bestehen Schwierigkeiten bezüglich des Sprachverständnis des Kindes? ja ? nein ?  Wem ja, worin bestehen die Schwierigkeiten bezüglich des Sprachverständnisses? | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Entspricht die Leseleistung des Kindes derjenigen anderen Kinder? | ja ? | nein ? |
| Würde man aufgrund des Gesamteindrucks des Kindes vermuten, dass seine Leseleistung besser wäre als sie tatsächlich ist? ja ? nein ? | | |
| Bestehen Schwierigkeiten bei der Benennung von Objekten?  Wem ja, worin bestehen die Schwierigkeiten bei der Benennung von Objekten? | ja ? | nein ? |

3 . **Aktuelle Symptomatik/ Therapieziele**

|  |
| --- |
| Wovor hat das Kind Angst? |
| Seit wann besteht diese Angst? |
| Wie äußert sich die Angst? |
| Weiche Begleiterscheinungen treten in Zusammenhang mit der Angst auf (z. B. Zittern, Kurzatmigkeit, schreien, weinen, erhöhter Herzschlag, Bauchschmerzen,...)? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kam bezüglich des Einsetzens der Beschwerden ein Zusammenhang zu einem besonderen Lebensereignis hergestellt werden? ja ? nein ?  Wenn ja, zu welchem? | | |
| Wann/ in welchen Situationen setzen die Beschwerden verstärkt/gehäuft ein? | | |
| Bestehen die Probleme auch in der Schule? ja ? nein ? | | |
| Wie gehen **Eltern** mit den Beschwerden um? | Wie Sehen **Lehrer** mit den Problemen um? | Wie gehen **Bezugspersonen** mit den Problemen um? |
| In welche Situationen treten die Probleme seltener auf? | | |
| Wie berichtet das Kind selbst von seinen Beschwerden? | | |
| Von welchen **Gedanken,** die in Zusammenhang mit den Beschwerden stehen, berichtet das Kind? | | |
| Von welchen **Gefühlen**, die in Zusammenhang mit den Beschwerden stehen, berichtet das Kind? | | |
| Von welchen **körperlichen Reaktionen**, die in Zusammenhang mit den Beschwerden stehen, bericht das Kind? | | |
| An wen wendet sich das Kind mit seinen Beschwerden? | | |
| Woran wird das Kind durch die Beschwerden gehindert? | | |
| Welche Veränderungen wünscht sich das Kind selbst`? | | |
| Welche Veränderung wünschen sich die Eltern/Bezugsperson/en? | | |
| Für wie wichtig erachten Sie die Behandlung?  nicht wichtig ? wichtig ? sehr wichtig ? | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ist das Kind oft traurig? | ja ? |  | nein ? |  |
| Zieht sich das Kind stark zurück? |  | ja ? |  | nein ? |
| Wie häufig ist es traurig (Stunden, Tage, Wochen)? | | | | |
| Gibt es eine oder mehrere offensichtliche Gründe für diese Traurigkeit? | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Bettnässen  besteht? besteht nicht? tagsüber ? nachts ?  es hat schon saubere Phasen gegeben? es hat keine sauberen Phasen gegeben? | Einkoten  besteht? besteht nicht? tagsüber ? nachts ?  es hat schon saubere Phasen gegeben? es hat keine sauberen Phasen gegeben? |
| Gibt es einen oder mehrere offensichtliche Gründe für das Bettnässen/Einkoten? | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geht das Kind gerne in die Schute? | ja ? |  | nein ? | weder gern noch ungern ? |
| Gibt es Probleme morgens vor der Schule? Wenn ja, wie äußern sich diese Probleme? | ja ? | | nein ? | |

|  |  |
| --- | --- |
| Wie viele Mahlzeiten nimmt das Kind täglich ein?  Wie viel isst das Kind täglich (eher zu wenig, eher zu viel)? | |
| Verweigert es die Nahrung? ja ? nein ?  Wem ja, seit wann? | |
| Größe des Kindes: | Gewicht des Kindes: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Besteht selbstschädigendes Verhalten? ja ?  Wenn ja, wie äußert sich dieses Verhalten? | | nein ? |  | |
| Ist das Kind körperlich missbraucht worden? | | ja ? | nein ? | |
| Ist das Kind straffällig geworden?  ja ? nein ? | Wenn ja, wodurch? | | | Welche Strafe folgte? |