

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.

Fragebogen zur Kindertherapie

Dieser Fragebogen soll uns helfen, ein möglichst umfassendes Bild von der lebensgeschichtlichen Entwicklung des zu behandelnden Kindes sowie seines Umfeldes, in dem es sich derzeit befindet und in dem es aufgewachsen ist, zu bekommen. Das Ausfüllen wird ungefähr eine Stunde dauern. Bitte nehmen Sie sich Zeit dafür, und füllen Sie den Fragebogen 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	Denkfähigkeit		

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	Energieelos	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, <u>wann</u> Ihnen die Probleme/Beschwerden zum ersten Mal aufgefallen sind und <u>wie</u> 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

--

Weiterführende Schule

Welche Art von weiterführender Schule besucht das Kind?

Welche Schwierigkeiten hat das Kind mit dem Wechsel von der Grundschule auf die weiterführende Schule gehabt?

Wie kommt es mit Gleichaltrigen zurecht?

Wie kommt das Kind mit den Lehren zurecht?

Wie beurteilen 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 ?

Wenn ja, welche Klasse wurde wiederholt?

Hat es eine plötzliche Verschlechterung der Schulleistungen gegeben? ja ? nein ?

Wenn 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 des 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?)			

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:	
<p>Wie würden Sie das Kind beschreiben? Bitte kreuzen Sie diejenigen Begriffe an, die ihr Kind zutreffend beschreiben.</p> <p>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 fähig sucht Kontakt zu anderen Kindern zufrieden fühlt sich unterfordert weint häufig scheint in einer eigenen Welt zu leben unkonzentriert möchte im Mittelpunkt stehen fleißig zappelig wendet Gewalt an interessiert ängstlich bemerkt Gefühle anderer kontaktscheu ungehorsam misstrauisch häufig gelangweilt ehrgeizig meidet Kontakt mit anderen Kindern hat wenig Selbstvertrauen begeisterungsfähig schüchtern sucht nach Aufmerksamkeit fuhr wiederholt eintönige Bewegungen aus trotzig lernt langsam gibt viele Widerworte lässt sich durch Blicke lenken</p>	

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

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

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 <u>und</u> 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 kreuzen Sie diejenigen Begriffe an, die das Spielverhalten Ihres Kindes zutreffend beschreiben.	
<p>ausdauernd aktiv konzentriert zurückgezogen phantasievoll aggressiv bewegt sich nicht gern spielt nur nach Aufforderung der Eltern/Bezugspersonen 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</p>	

Motorische und sprachliche Fähigkeiten

Welche motorischen Fähigkeiten beherrscht das Kind? Bitte kreuzen Sie diejenigen Begriffe an, welche die motorischen Fähigkeiten ihres Kindes zutreffend beschreiben.
<p>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</p>

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

--

Mit wie vielen Jahren hat das Kind seine ersten Wörter gesprochen?	<u>Wann</u> 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 ?
Wenn ja, <u>worin</u> 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?	ja ? nein ?
Wenn ja, <u>worin</u> bestehen die Schwierigkeiten bei der Benennung von Objekten?	

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 gehen Lehrer mit den Problemen um?	Wie gehen Bezugspersonen mit den Problemen um?
In welchen Situationen treten die Probleme <u>seltener</u> 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, berichtet 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?		

<u>Bettnässen</u>	<u>Einkoten</u>
besteht? besteht nicht? tagsüber ? nachts ?	besteht? besteht nicht? tagsüber ? nachts ?
es hat schon saubere Phasen gegeben? es hat keine sauberen Phasen gegeben?	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 <u>vor</u> der Schule?	ja ?	nein ?	
Wenn ja, wie äußern sich diese Probleme?			

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