



Fragebogen zur Gruppentherapieanmeldung

Name, Vorname:..... Geburtstag:.....

männlich weiblich Staatsangehörigkeit:.....

Straße:..... Landkreis:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Lebt bei den Eltern: ja Wenn nein, bei wem und wo:

.....

Sorgerecht: alleine gemeinsam

gesetzlicher Vertreter/Sorgerecht:

Spalte 1 Spalte 2 Spalte 3 Anderer (Name/Str./PLZ/Ort/Tel.):.....

| Spalte | 1 Mutter | 2 Vater | 3 Stief-, Pflege-, Adoptiv- Eltern, Vormund |
|----------------------|--|--|--|
| Telefon | | | |
| Mobil | | | |
| Faxnummer | | | |
| Email | | | |
| Name, Vorname: | | | |
| Geburtstag: | | | |
| Arbeitgeber: | | | |
| Beihilfeberechtigt: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Beruf: | | | |
| Berufstätig | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags |
| Staatsangehörigkeit: | | | |

| | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|--|
| Krankenkasse mit Ort: | | Versicherten-Nr.: | |
| Krankenkassen-Nr.: | | Status: (siehe Versichertenkarte) | |
| Über wen ist das Kind versichert? | <input type="radio"/> Vater | <input type="radio"/> Mutter | |

Kinderarzt /-ärztin, Hausarzt/-ärztin oder Einrichtung/Person (Name und genaue Anschrift, Tel.-Nr.) die Sie an uns verwiesen hat:

Für welches Gruppenangebot interessieren Sie sich?

- Konzentrationstraining
- Rechtschreibtraining
- Gruppe für Hochbegabte
- Training der soziale Kompetenz „SoKo“
- AD(H)S Elterngruppe

Können Sie die vorliegenden Probleme und Ihre Wünsche kurz beschreiben?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

.....

.....

.....

.....

.....

Untersuchung und Behandlung

Kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung

- Erfolgt bei
Diagnose
- Noch nicht erfolgt / nicht notwendig
- Erwünscht

Nimmt Ihr Kind (ein) Medikament(e) ein?

O Nein O Ja Präparat/Name.....Dosis in.... mg Schema z.B. „1-0-0“

Fragen zur Familie

Sind die Eltern

verheiratet in eheähnlicher Gemeinschaft seit

getrennt, seit geschieden, seit.....

Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht, seit.....

etwa alle Wochen, bzw. Monate

Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

ja

häufig uneinig

entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern?

Besseres Verhältnis zur Mutter

Besseres Verhältnis zum Vater

Verhältnis zu Mutter und Vater gleich gut

Verhältnis zu Mutter und Vater gleich schlecht

Fragen zu Sozialkontakten

Hat es Freunde/Freundinnen?

Ja, Anzahl Nein

Wie verträgt sich Ihr Kind in der Gruppe?

Kommt gut mit anderen aus

Sucht andere zu beherrschen

Leicht durch andere zu beeinflussen

Will häufig alles bestimmen

Nimmt anderen gerne etwas weg

Zwickt, stößt, schlägt andere häufig

Wird von anderen häufig gezwickt,
gestoßen oder geschlagen

Beschimpft andere oft

Wird oft von anderen beschimpft

Prahlt gerne vor anderen, gibt an

Zieht sich oft zurück

Wird von anderen wenig beachtet
oder gemieden

Sonstiges

Fragen zur Schule

Welche Schule besucht(e) Ihr Kind?

Diagnose- und Förderklasse Grundschule Mittelschule

Schule mit besonderem Förderangebot

Realschule Gymnasium

Klasse

Jahr der Einschulung

Vorzeitige Einschulung

Verspätete Einschulung (Zurückstellung)

Überspringen der Klasse

Wiederholen der Klasse

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

..... Datum: