



## 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?

Nein  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  Beschimpft andere oft
- Leicht durch andere zu beeinflussen  Wird oft von anderen beschimpft
- Will häufig alles bestimmen  Prahlt gerne vor anderen, gibt an
- Nimmt anderen gerne etwas weg  Zieht sich oft zurück
- Zwickt, stößt, schlägt andere häufig  Wird von anderen wenig beachtet
- Wird von anderen häufig gezwickt,  oder gemieden  
gestoßen oder geschlagen  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: .....