

Entwicklung der Sauberkeit (in Monaten):

tagsüber: nachts: Rückfälle:

Hinweise auf Verzögerungen der Entwicklung?

Wenn ja, welche?
.....

Vergleich der Entwicklung ihres Kindes mit Gleichaltrigen:

normal langsamer schneller

Kitazeit:

Besuch einer Kita: ja nein

Eintrittsalter: Jahre Monate

Auffälligkeiten: ja nein

Wenn ja, welche?
.....
.....

Probleme in der Eingewöhnungsphase? ja nein

Wenn ja, welche?
.....
.....

Klarkommen mit
- anderen Kindern:
- den Erziehern/innen
.....

Ging ihr Kind gerne in die Kita? sehr gerne geht so nicht gerne sehr ungern

Schulentwicklung:

Einschulung: Schuljahr: Alter des Kindes: Jahre Monate.....

Name der Schule:

Schwierigkeiten: ja nein
Wenn ja, welche?

.....
.....

Klarkommen mit
- anderen Kindern:

.....

- Lehrkräften:

.....

Hat ihr Kind eine Klasse wiederholt? ja nein
Wenn ja, welche, weshalb?

.....
.....

Eischulung in Klasse 5:
Schulart: Name der Schule:

Weiterer Schulverlauf:
Wiederholung: ja nein
Wenn ja, weshalb?

.....

Schulverhalten in der aktuellen Klasse:

.....

Gegenwärtige Leistungsbeurteilung:
 durchschnittlich unterdurchschnittlich unterdurchschnittlich

Sind Sie mit der Leistung ihres Kindes zufrieden?
 zufrieden überwiegend zufrieden selten zufrieden unzufrieden

Noten des letzten Zeugnisses/Halbjahresinformationen:
Deutsch: Mathe: Englisch:

Teilleistungsstörungen/Leistungsdefizite: ja nein
Wenn ja, in welchen Bereichen? (z.B. Rechnen, Lesen, Rechtschreibung...):

.....
.....

Wurde schon eine Diagnose gestellt?

ja

nein

Wenn ja, welche, wann:

.....

.....

Belastende Zwischenfälle (bitte beschreiben):

- Trennungserfahrungen:
- Scheidung der Eltern:
- Tod (wichtige Bezugsperson):
- Geburt von Geschwistern:
- Unfall:
- Sonstiges

Verhalten in der Freizeit /der Familie (bitte ankreuzen):

Häufigkeit ihres Kindes, mit der es	täglich	ca. 3-5 Mal/Woche	ca. 1-2 Mal/Woche	weniger	nie
sich mit anderen Kindern außerhalb der Schule trifft					
Im Freien spielt					
regelmäßig an Freizeitaktivitäten teilnimmt (bspw. Sportverein)					

Täglicher Umgang mit Medien (bitte ankreuzen):

Stunden	weniger als 1	ca. 1-2	ca. 3-4	mehr als 4	überhaupt nicht
Handy/Smartphone					
Computer/Tablet/Internet					
Fernsehen					
Medien/Woche (TV, PC, Handy etc.)	Stunde(n):				
Medien/Wochenende	Stunde(n):				

Krankheiten:

Bisherige

- Krankheiten:

- Operationen:

- Aufenthalte im Krankenhaus:

Chronische Erkrankungen:

Asthma, seit: Medikation:

andere, seit:

Medikation:

Allergien: gegen (welche?)

Medikamente:

Nahrungsmittel:

Gräser/Bäume:

Tierhaare:

andere:

Schlaf:

Durchschnittliche Schlafzeit am Tag:nachts:

(bitte ankreuzen)

Durchschnittlich in Minuten	10-30	30-60	60-90	90-120
Zeit um einzuschlafen				
Häufiges Aufwachen nachts	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, wie oft, weshalb? (bspw. Alpträume)				
Elterliche Reaktion				

Familie:

	Leibliche Mutter	<input type="radio"/>	Leiblicher Vater	<input type="radio"/>
	Adoptivmutter	<input type="radio"/>	Adoptivvater	<input type="radio"/>
	Pflegemutter	<input type="radio"/>	Pflegevater	<input type="radio"/>
Vor-/Nachname				
Aktuelle Anschrift				
Telefon:				
Mobil:				
Geburtsdatum (Alter)				
Geburtsort				
Nationalität				
Erlerner Beruf				
Derzeitige Tätigkeit				
Arbeitsumfang (h/Woche)				
Schulabschluss				
Beruflicher Abschluss				
Erwerbstätigkeit (Voll-/Teilzeit)				
Berufliche Stellung (bspw. Angestellte/r)				
Sorgerecht		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	

Lebenssituation der Eltern:

- zusammenlebend seit:
- verheiratet seit:
- getrenntlebend seit:
- geschieden seit:
- andere Familienstruktur:

Getrenntlebende Elternpaare:

	Lebenspartner (Mutter)	Lebenspartner (Vater)
Vor-/Nachname		
Geburtsdatum (Alter)		
Geburtsort		
Nationalität		
Partnerschaft seit		

Zusammenlebend seit		
Erlerner Beruf		
Derzeitige Tätigkeit		
Arbeitsumfang (h/Woche)		
Schulabschluss		
Beruflicher Abschluss		
Erwerbstätigkeit (Voll-/Teilzeit)		
Berufliche Stellung (z.B. Angestellte/r)		

Umgangsregelung:

Kontakt mit dem getrenntlebenden Elternteil

Häufigkeit:

Kein Kontakt mit dem leiblichen Vater/ der leiblichen Mutter

Seit wann, warum?

.....

.....

Umgangsregelung entstanden durch

Eltern untereinander/einvernehmlich Beratungsstelle Jugendamt Gericht

Zufriedenheit mit der Regelung: sehr zufrieden zufrieden unzufrieden

Andere Wohn-/Lebenssituation:

lebt bei

den Großeltern

in einer Wohngruppe

Hauptansprechpartner:

Geschwister:

	1	2	3	4
Vorname				
Nachname				
Geburtsdatum				

Beziehung	Voll- <input type="checkbox"/> Halb- <input type="checkbox"/> Stief- <input type="checkbox"/>			
Falls Halb- /Stiefgeschwister m = mütterlicherseits v = väterlicherseits	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v			
Klasse				
Schulart Abschluss				
Ausbildung Beruf				
Auffälligkeiten, Erkrankungen K = körperlich P = psychisch (Beschreibung)	K <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/>			
Lebt das Kind im gleichen Haushalt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

Familiäre Erkrankungen/Auffälligkeiten:

	Leiblicher Vater	Leibliche Mutter	Großmutter mütterlicherseits (= m) Väterlicherseits (= v)	Großvater (m) (v)	Sonstige Verwandte (m) (v)
Erkrankungen: Körperlich (k) Psychisch (p)	K: <input type="checkbox"/> P: <input type="checkbox"/>	K: <input type="checkbox"/> P: <input type="checkbox"/>	K: m <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/> p: m <input type="checkbox"/> v <input type="checkbox"/>		
Beschreibung			m: v:		

Suizidversuche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m: <input type="checkbox"/> v: <input type="checkbox"/>	m: <input type="checkbox"/> v: <input type="checkbox"/>	m: <input type="checkbox"/> v: <input type="checkbox"/>
Vollendete Suizide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	m: <input type="checkbox"/> v: <input type="checkbox"/>	m: <input type="checkbox"/> v: <input type="checkbox"/>	m: <input type="checkbox"/> v: <input type="checkbox"/>

Historie der Behandlungen:

Frühere Empfehlungen:

(bspw. Haus-/Kinderarzt, Schule...):

.....

.....

Bisherige Therapien/ Behandlungen:

Behandlung	Therapeut/in	Alter (Beginn)	Dauer (Stunden, Anzahl der Kontakte)	Beschreibung (kurz: wo, was?)
Frühförderung				
Ergotherapie				
Lerntherapie				
Psychologische Beratungsstelle				
Ambulante Psychotherapie				
Teilstationäre Psychotherapie (Tagesklinik)				
Stationäre Psychotherapie				
Ambulante Krisenintervention (Notfallvorstellung)				
Stationäre Krisenintervention				
Kinderpsychiatrie				

Medikation:

.....

Dosierung:

Sonstiges: Bisherige Diagnosen:

.....

Jugendamt:Bisher Kontakt mit Jugendamt? ja neinZuständiges Jugendamt: Landau Sonstiges (welches?)

.....

Ansprechpartner/in: Name: Tel.:

Hilfsangebote	<input type="radio"/>	Beginn/Umfang pro Woche
Beratung	<input type="radio"/>	
Familienhilfe (SPFH)	<input type="radio"/>	
Erziehungsbeistandschaft (EZB)	<input type="radio"/>	
Intensive Einzelfallhilfe	<input type="radio"/>	
Familientherapie	<input type="radio"/>	
Tagesgruppe	<input type="radio"/>	
Wohngruppe	<input type="radio"/>	
Sonstiges		

Zusammenfassung:

Bitte die folgenden Abteilungen (1-8) ankreuzen!

1. Lernschwierigkeiten

	ja	nein
Lesen		
Diktat Rechnen		
In vielen Fächern		
Schulischer Förderunterricht		
Private Nachhilfe		

2. Gedächtnis

	ja	nein
Problem: auswendig lernen		
Problem: Vokabeln lernen		

3. Aufmerksamkeit (seit wann ein Problem?

	nie	selten	Oft	immer
Viele Flüchtigkeitsfehler				
Konzentration: max. 10'				
Hört oft nicht zu				
Führt Aufgaben nicht/unwillig zu Ende				
Distanz gegenüber länger dauernden/anstrengenden Aufgaben				
Ist verträumt				
Vergesslich bei alltäglichen Aufgaben				
Ablenkbar durch äußere Reize				
Organisatorische Probleme				

4. Hausaufgaben

	ja	nein
Werden verweigert		
Aufforderung ist nötig		
Anwesenheit (Elternteil) ist nötig		
Gibt es Streit?		
Oberflächliche Arbeitsmoral		

5. Überaktivität (seit wann ein Problem?

	nie	selten	oft	immer
Unruhig, Bewegungsdrang				
Läuft herum, bleibt nicht sitzen				
Unruhiges Verhalten				
Unruhiges Verhalten, trotz Aufforderung kaum zu drosseln				

Arbeitet langsam				
------------------	--	--	--	--

6. Impulsivität (seit wann ein Problem?)

	nie	selten	oft	immer
Wartet Frage nicht ab und antwortet				
Stört und unterbricht Dritte				
Kann nicht abwarten, bis er aufgerufen wird				
Redet zu viel				
Kann Gefahr bei Aktion nicht abschätzen				

7. Regelverhalten

	nie	selten	Oft	immer
Streitet mit Erwachsenen				
Leicht explosiv				
Gibt Fehler selten zu				
lügt				
Stört Unterricht				
Auffallende Geschwisterrivalität				
Kontroverses elterliches Verhalten bei Erziehungsfragen				

8. Stimmungshintergrund

	nie	selten	oft	immer
Schnell entmutigt				
Oft bedrückt, verzweifelt				
Unerklärliche Stimmungsschwankungen				
Verschweigt Probleme				
Rasch verunsichert, ängstlich				
Vermehrter Rückzug von Gleichaltrigen				

Ort, Datum

.....

.....

Unterschrift (en)

.....

.....