



Kerstin Dutiné

Heilpraktikerin der Psychotherapie

Telefon: 06 032 / 906 3 516 • Email: [praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu](mailto:praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu)



## Fragebogen zur Lebensgeschichte und Problematik

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

### Angaben zum Kind

Vor- und Nachname des Kindes:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

männl.

weibl.

Anschrift (ggf. Einrichtung):

Sorgeberechtigt:

beide Elternteile

nur Mutter

nur Vater

andere:

Haus-/Kinderarzt (Name/Anschrift):

### Grund der Anmeldung/ aktuelle Probleme

### Angaben zur Familie

Name der Mutter:

Geburtsdatum:

Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

Telefonnummer:

Ausbildung/ Beruf:

Mobil:

Derzeitige Tätigkeit:

Name des Vaters:

Geburtsdatum:

Adresse (wenn abweichend von der des Kindes):

Telefonnummer:

Ausbildung/ Beruf:

Mobil:

Derzeitige Tätigkeit:

**Geschwister / Halb-/ Stiefgeschwister (Name, Geb. Datum):**





# Kerstin Dutiné

Heilpraktikerin der Psychotherapie

Telefon: 06 032 / 906 3 516 • Email: praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu



## Angaben zur Entwicklung und medizinischen Vorgeschichte

### Schwangerschaft und Geburt

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? ja nein  
Wenn ja, welche:

Die Geburt erfolgte rechtzeitig zu früh: in der Wo. zu spät: in der Wo.  
Modus: spontan Kaiserschnitt sonstiges:  
Gab es unter der Geburt Besonderheiten: ja nein  
Wenn ja, welche:

Geburtsgewicht: Länge: Kopfumfang: . APGAR / /

Bestanden in den ersten 7 Lebenstagen irgendwelche Auffälligkeiten beim Kind? ja nein  
Wenn ja, welche:

### Frühkindliche Entwicklung, Kleinkindalter und Kindergartenzeit

Freies Laufen mit Monaten  
Erste Worte mit Monaten, Zweiwortsätze mit Monaten  
Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen: tagsüber mit Jahren, nachts mit Jahren  
Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings- und Kleinkindalter (bis zum 3. Lebensjahr):

Verhalten im Kindergarten:

### Schulzeit

Einschulung im Alter von Jahren  
Von bis Schulart: /Ort:  
Von bis Schulart: /Ort:  
Von bis Schulart: /Ort:  
Wurde eine Klasse wiederholt? ja nein  
Wenn ja, welche und warum:

Gibt es von den Lehrern berichtete Auffälligkeiten? ja nein  
Wenn ja, welche

Wie würden Sie die Kontakte Ihres Kindes zu anderen Kindern beschreiben?





**Kerstin Dutiné**

*Heilpraktikerin der Psychotherapie*

Telefon: 06 032 / 906 3 516 • Email: [praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu](mailto:praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu)

### **Körperliche Entwicklung**

*Kinderkrankheiten:*

*Schwerwiegende oder chronische Erkrankungen:* ja nein  
*Wenn ja, welche:*

*Krankenhausaufenthalte?* ja nein  
*Wenn ja, wann/ weshalb:*

*Hat Ihr Kind Allergien?* ja nein  
*Wenn ja, welche:*

**Vorbehandlungen** (Kinder- und Jugendpsychiater, Psychotherapie, Ergotherapie etc.):  
*Zeitraum, Name*

### **Medikamente**

*Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente:* ja nein  
*Wenn ja, welche (Name und Dosierung):*

*Gab es in der Entwicklung des Kindes belastende Lebensereignisse?*

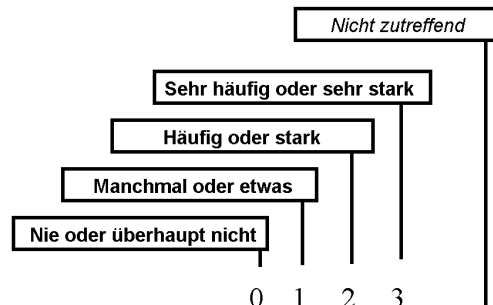
**Vielen Dank!**





### Anleitung

Kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie die emotionalen oder verhaltensbedingten Probleme Ihres Kindes die einzelnen Punkte im letzten Monat beeinflusst haben.



### A. FAMILIE

	0	1	2	3	4
1. Probleme mit Brüdern und Schwestern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Verursacht Probleme zwischen den Eltern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beansprucht Zeit und hält die Familienmitglieder von Arbeit oder Aktivitäten ab	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verursacht Streit in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Isoliert die Familie von Freunden und gesellschaftlichen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Macht es der Familie schwer, sich miteinander zu vergnügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erschwert die Kindererziehung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Macht es schwer, allen Familienmitgliedern einen fairen Anteil an Aufmerksamkeit zu schenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Provoziert andere, ihn/sie zu schlagen oder anzuschreien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Kostet die Familie mehr Geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### B. LERNEN U. SCHULE

1. Macht es schwer, mit den Schulaufgaben auf dem Laufenden zu bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Braucht extra Hilfe in der Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Braucht Nachhilfeunterricht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verursacht Probleme im Klassenraum für die Lehrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Wird in die Ecke gestellt oder aus dem Klassenzimmer geschickt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Probleme auf dem Schulhof	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Muss nachsitzen (während oder nach der Schulzeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wird vom Schulbesuch suspendiert oder ausgeschlossen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Versäumt Unterricht oder kommt zu spät in die Schule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Bekommt Benotungen, die unter seinen/ihren Fähigkeiten liegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NICHT IN DIESEN BEREICH SCHREIBEN

A. Familie

B. Lernen u. Schule

C. Lebensfähigkeiten

D. Selbsteinschätzung des Kindes

E. Gesellschaftlich

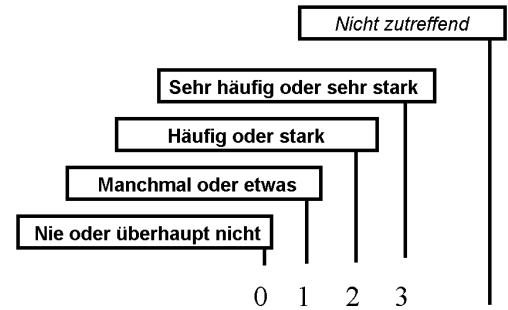
F. Risiko

Insgesamt



**Anleitung**

Kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie die emotionalen oder verhaltensbedingten Probleme Ihres Kindes die einzelnen Punkte im letzten Monat beeinflusst haben.



**C. LEBENSFÄHIGKEITEN**

	0	1	2	3	Nicht zutreffend
1. Zuviel Fernsehen, zuviel Zeit am Computer oder zu viele Videospiele	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Probleme mit persönlicher Hygiene, Zähne putzen, Haare bürsten, baden usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat Probleme, sich für die Schule fertig zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hat Probleme, sich zum Schlafengehen fertig zu machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Probleme beim Essen (wählerisch, ungesunde Fertignahrung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Schlafprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat häufig Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Vermeidet körperliche Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Benötigt mehr ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hat Schwierigkeiten bei der Einnahme von Medikamenten, Verabreichung von Spritzen oder bei Arzt-/Zahnarztbesuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

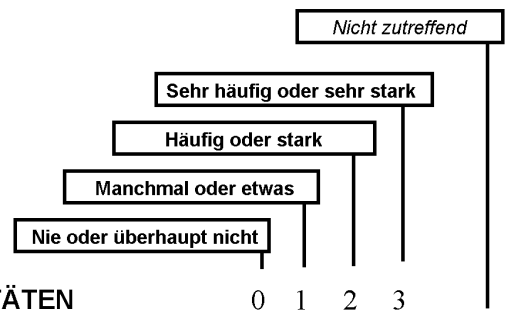
**C. SELBSTEINSCHÄTZUNG DES KINDES**

1. Mein Kind hat eine schlechte Meinung von sich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mein Kind hat nicht genug Spaß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mein Kind ist mit seinem Leben nicht glücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### Anleitung

Kreuzen Sie das Kästchen an, das am besten beschreibt, wie die emotionalen oder verhaltensbedingten Probleme Ihres Kindes die einzelnen Punkte im letzten Monat beeinflusst haben.



### E. GESELLSCHAFTLICHE AKTIVITÄTEN

	0	1	2	3	4
1. Wird von anderen Kindern gehänselt oder schickaniert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hänselt oder schickaniert andere Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat Probleme im Umgang mit anderen Kindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Teilnahme an Aktivitäten nach dem Unterricht (Sport, Musik, Clubs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hat Probleme, neue Freundschaften zu schließen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hat Probleme, Freunde zu behalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Hat Schwierigkeiten bei Parties (wird nicht eingeladen, vermeidet sie, benimmt sich schlecht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### F. RISKANTE AKTIVITÄTEN

1. Wird von anderen Kindern leicht angestiftet (Druck durch Gleichaltrige)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zerbricht oder beschädigt Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Befasst sich mit illegalen Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist mit der Polizei verwickelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Raucht Zigaretten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nimmt Drogen ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Übt gefährliche Aktivitäten aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Verursacht Verletzungen anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Macht gemeine oder unangebrachte Äußerungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zeigt sexuell unangebrachtes Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





Kerstin Dutiné

Heilpraktikerin der Psychotherapie

Telefon: 06 032 / 906 3 516 • Email: [praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu](mailto:praxis@heilpraktikerin-fuer-psychotherapie.eu)



### Fragebogen zu Stärken und Schwächen (SDQ-Deu)

Bitte markieren Sie zu jedem Punkt „Nicht zutreffend“, „Teilweise zutreffend“ oder „Eindeutig zutreffend“. Beantworten Sie bitte alle Fragen so gut Sie können, selbst wenn Sie sich nicht ganz sicher sind oder Ihnen eine Frage merkwürdig vorkommt. Bitte berücksichtigen Sie bei der Antwort das Verhalten Ihres Kindes in den letzten sechs Monaten.

Nicht zutreffend      Teilweise zutreffend      Eindeutig zutreffend

Rücksichtsvoll

Unruhig, überaktiv, kann nicht lange stillsitzen

Klagt häufig über Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Übelkeit

Teilt gerne mit anderen Kindern (Süßigkeiten, Spielzeug, Buntstifte usw.)

Hat oft Wutanfälle; ist aufbrausend

Einzelgänger; spielt meist alleine

Im allgemeinen folgsam; macht meist, was Erwachsene verlangen

Hat viele Sorgen; erscheint häufig bedrückt

Hilfsbereit, wenn andere verletzt, krank oder betrübt sind

Ständig zappelig

Hat wenigstens einen guten Freund oder eine gute Freundin

Streitet sich oft mit anderen Kindern oder schikaniert sie

Oft unglücklich oder niedergeschlagen; weint häufig

Im allgemeinen bei anderen Kindern beliebt

Leicht ablenkbar, unkonzentriert

Nervös oder anklammernd in neuen Situationen; verliert leicht das Selbstvertrauen

Liebt zu jüngeren Kindern

Lügt oder mogelt häufig

Wird von anderen gehänselt oder schikaniert

Hilft anderen oft freiwillig (Eltern, Lehrern oder anderen Kindern)

Denkt nach, bevor er/sie handelt

Stiehlt zu Hause, in der Schule oder anderswo

Kommt besser mit Erwachsenen aus als mit anderen Kindern

Hat viele Ängste; fürchtet sich leicht

Führt Aufgaben zu Ende; gute Konzentrationsspanne

Gibt es noch etwas, das Sie erwähnen möchten?



Würden Sie sagen, dass ihr Kind insgesamt gesehen in einem oder mehreren der folgenden Bereiche Schwierigkeiten hat: Stimmung, Konzentration, Verhalten, Umgang mit Anderen?

Nein      Ja, leichte Schwierigkeiten      Ja, deutliche Schwierigkeiten      Ja, massive Schwierigkeiten

Falls Sie diese Frage mit „Ja“ beantwortet haben, beantworten Sie bitte auch die folgenden Punkte:

- Seit wann gibt es diese Schwierigkeiten?

Weniger als einen Monat      1-5 Monate      6-12 Monate      Über ein Jahr

- Leidet Ihr Kind unter diesen Schwierigkeiten?

Gar nicht      Kaum      Deutlich      Massiv

- Wird Ihr Kind durch diese Schwierigkeiten in einem der folgenden Bereiche des Alltagslebens beeinträchtigt?

ZU HAUSE	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
MIT FREUNDEN	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
IM UNTERRICHT	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv
IN DER FREIZEIT	Gar nicht	Kaum	Deutlich	Massiv

- Stellen die Schwierigkeiten eine Belastung für Sie oder die gesamte Familie dar?

Keine Belastung      Leichte Belastung      Deutliche Belastung      Schwere Belastung

Unterschrift

Datum

Vater/Mutter/Sonstige (nicht Zutreffendes bitte streichen)

