

Fragebogen zur Einzeltherapie Kinder

Bitte füllen Sie den folgenden Bogen aus und senden Sie ihn per Briefpost rechtzeitig ab, so dass er vor dem Ersttermin bei mir ankommt.

Von den Erziehungsberechtigten auszufüllen:		
Allgemeine Angaben / aktuelle Lebenssituation		
Vorname (Kind):	Nachname (Kind):	
Geburtsdatum (Kind):	Telefonnummer + E-Mail (Kind):	
Adresse (Kind):		
Besuchte Kindertagesstätte:	Besuchte Schule:	
<input type="checkbox"/> Geschwister: (Name, Alter)		
Personen, die mit dem Kind in einer Wohnung/einem Haus leben (Status, Rufname): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Familienmitglieder, die nicht mit in der Wohnung/im Haus leben (Status, Rufname): <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Adoptivvater	Name:	Telefonnummer:
	Adresse:	E-Mail:
	Beruf:	Arbeitspensum: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Prozent):
	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> gemeinsam mit:	
<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Stiefmutter <input type="checkbox"/> Stiefvater <input type="checkbox"/> Adoptivmutter <input type="checkbox"/> Adoptivvater	Name:	Telefonnummer:
	Adresse:	E-Mail:
	Beruf:	Arbeitspensum: <input type="checkbox"/> Vollzeit <input type="checkbox"/> Teilzeit (Prozent):
	Sorgerecht: <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> gemeinsam mit:	

Schwierigkeiten oder Besonderheiten während der bisherigen Kindheit (z.B. Stottern, Bettnässen, Adoption, Daumenlutschen, Nägelkauen, Albträume etc.).

Alter (von-bis): Schwierigkeit, Besonderheit:

Operationen und Schwerwiegende Erkrankungen während der bisherigen Kindheit:

Kindergarten und Schule

Alter bei Start Fremdbetreuung:	Art der Fremdbetreuung (Krabbelgruppe, Aupair, Tagesmutter, Kita etc.):
---------------------------------	---

Besonderheiten/ Auffälligkeiten aus der Kitazeit:

Alter bei Schulbeginn:	Alter bei etwaigem Schulwechsel:	Klasse <input type="checkbox"/> wiederholt: <input type="checkbox"/> übersprungen:
------------------------	----------------------------------	--

Stärken und Schwächen in der Schule:

Wie ist der Kontakt zu den Mitschüler*Innen?

Besonderheiten/ Auffälligkeiten aus der Schulzeit:

Was sollte ich auf jeden Fall noch über ihr Kind wissen?

Vielen Dank für Ihre Mithilfe