

BASISDOKUMENTATION

1. Persönliche Daten:

Name: Geschlecht: männlich weiblich
Geburtsdatum: Größe: Gewicht:
Nationalität: deutsch Muttersprache: deutsch
Das Kind lebt bei: Eltern Mutter Vater Pflegeeltern stationäre Jugendhilfe
Wenn das Kind nicht bei den Eltern lebt: Seit wann und weshalb?
Schulart: Klasse:

2. Probleme, Beschwerden, Symptome:

-
.....
-
.....
-
.....
-
.....

Wann traten die Probleme *erstmal*s auf:

Belastende Ereignisse für das Kind (z.B.: Krankenhausaufenthalte, Todesfälle, Schulwechsel, Trennung der Eltern, Verlust von Freundschaften):

.....
.....
.....
.....
.....

Was beobachten Sie bei Ihrem Kind momentan?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Aggressivität gegen sich selbst | <input type="checkbox"/> | Lügen | <input type="checkbox"/> |
| gegen andere | <input type="checkbox"/> | Nägelkauen | <input type="checkbox"/> |
| gegen Gegenstände | <input type="checkbox"/> | Nervöse Zuckungen | <input type="checkbox"/> |
| Angst | <input type="checkbox"/> | Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> |
| Atembeschwerden | <input type="checkbox"/> | Schüchternheit | <input type="checkbox"/> |
| Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> | Selbsttötungsäußerungen | <input type="checkbox"/> |
| Eifersucht | <input type="checkbox"/> | Sprechhemmungen | <input type="checkbox"/> |
| Einkoten | <input type="checkbox"/> | Suchtartiges Verhalten | <input type="checkbox"/> |
| Einnässen | <input type="checkbox"/> | Stehlen | <input type="checkbox"/> |
| Essstörungen | <input type="checkbox"/> | Weglaufen | <input type="checkbox"/> |
| Hemmungen | <input type="checkbox"/> | Feuerspiele | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> |
| Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | | |

Sonstiges:

3. Entwicklung:

Schwangerschaft (körperlicher/seelischer Verlauf, Konsum von Zigaretten o. Alkohol):

.....
.....

Geburt: Spontangeburt Kaiserschnitt Zangengeburt Saugglocke

Verlauf, Besonderheiten, Größe und Gewicht des Kindes:

.....

Wurde das Kind gestillt? ja, wie lange? Monate nein

Wurde das Kind geimpft? ja nein

Laufen: Erste Worte:

Sauberkeit: Besonderheiten:

Verzögerungen:

Kindergartenbesuch: ab bis

Wie ist die schulische Situation (Schulform, Klasse, Kontakte)?

.....
.....

Wie lange macht ihr Kind Hausaufgaben?

.....

Wie sind die Leistungen?

.....

Gibt es Schwierigkeiten? seit wann?

4. Krankheitsgeschichte:

Nennen Sie bitte die wesentlichen Erkrankungen auch Kinderkrankheiten Ihres Kindes:

.....
.....
.....

Krankenhausaufenthalte: wann:

Unfälle: wann:

Allergien: wann:

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein, wenn ja welche?

War Ihr Kind bereits in ambulanter oder stationärer psychologischer/ psychiatrischer
Behandlung? Wenn ja wann und wo?

.....
.....

Sonstige bisherige Behandlungen/ Maßnahmen. Hat das Kind an einer Fördermaßnahme
teilgenommen? O ja O nein

Wenn ja, welche? O Ergotherapie O Logopädie O andere

In der Zeit von bis

5. Familiäre Situation:

Alter der Mutter bei der Geburt: Jahre

Beruf:

Alter des Vaters bei der Geburt: Jahre

Beruf:

Daten von Heirat: evtl. Scheidung:

Wiederheirat: wer? wann?

Wie ist das Verhältnis des Kindes zu seinen Eltern?

.....
.....

Hat Ihr Kind Geschwister? O ja wie viele? O älter O jünger O nein

Halbgeschwister? O ja wie viele? O älter O jünger O nein

Wie ist das Verhältnis?

Gibt es innere Belastungen/ Konflikte in Ihrer Familie?

.....
.....
.....

Gibt es äußere Belastungen (Wohnverhältnisse, finanzielle Probleme)?

.....
.....

Familienregeln, besondere Belastungen, Ängste, Gewalterfahrungen:

.....
.....

6. Zusätzliche Informationen:

Haben Sie Vermutungen, wie die Probleme entstanden sein könnten?

.....
.....

Welche Stärken sehen Sie bei Ihrem Kind?

.....
.....

Womit befasst es sich besonders gerne und intensiv?

.....
.....

Wo kann Ihr Kind zur Ruhe kommen?

.....

Vielen Dank!!