

**Elternfragebogen / Schulkind**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Name des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geburtstag des Kindes:** \_\_\_\_\_

**Geschwister/Alter:** \_\_\_\_\_

**Wie war die Schwangerschaft?** *Gab es Komplikationen? Mussten Sie Medikamente einnehmen?*

**Wie war die Geburt?** *Termingerecht, spontan oder eingeleitet, Hilfsmittel wie Saugglocke, Kristeller-Griff, Lage, etc.*

**Gab es nach der Geburt Besonderheiten/ Auffälligkeiten?** *extremes Schreien, Spucken, Bauchweh, Seitbevorzugung?*

**Wurde Ihr Kind gestillt?** *Falls das Stillen nicht geklappt hat: warum nicht?*

**Hatte Ihr Kind ernsthafte Erkrankungen oder Operationen?** *bitte bringen Sie alle Befunde, Röntgenbilder, etc mit*

**Wie ist das Schlafverhalten?** *Einschlafen, Durchschlafen, Dauer, Unruhe, Ängste, Einnässen...*

**Braucht Ihr Kind viel Nähe, wie reagiert es auf fremde Personen?**

**Wie und was spielt Ihr Kind bevorzugt?** *Alleine oder gemeinsam, eigene Ideen, braucht es Animation über andere, ausdauernd oder nur kurze Zeit, Lieblingsspielzeuge,...*

**Wie ist der Medienkonsum Ihres Kindes?** *Was und in welchem Ausmaß -Bitte ehrlich antworten... ☺*

**Wie sind die schulischen Leistungen? Was sagen die LehrerInnen und Bezugspersonen über Ihr Kind?**

**Mit welchem Anliegen kommen Sie zu mir? Gibt es aktuelle Beschwerden?**

**Sind oder waren Sie deshalb bereits in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung?** *Wenn ja, bei wem?*

**Was lieben Sie an Ihrem Kind? Worauf sind sie stolz?**

*Sie können mir diesen Fragebogen vorab mailen oder zur ersten Therapie mitbringen.  
Vielen Dank!*