

# Fragebogen/ Ressourcenarbeit für Kinder

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

abweichender Name der Eltern: \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

e-mail- Adresse: \_\_\_\_\_  Ja, ich möchte Infos per Mail erhalten

auf Praxis aufmerksam geworden durch: \_\_\_\_\_

wie viele(Halb-)Geschwister? Pat. Ist Kind Nr. \_\_\_\_\_ Fehl- / Frühgeburten? \_\_\_\_\_

nah verstorbene Familienangehörige/ Haustiere: Wer/ Wann?: \_\_\_\_\_

Mein Kind besucht derzeit folgende Einrichtung (bitte unterstreichen!) z.Zt. Klasse: \_\_\_\_\_

Kinderkrippe/-garten; Grundschule; Hauptschule; Förderschule; Gesamtschule; Realschule; Gymnasium;

Gab es Auffälligkeiten in den frühkindlichen Entwicklungsphasen?

nein, altersentsprechende Entwicklung

ja, bei folgenden Lernprozessen oder/ und sozialem Verhalten

Lernprozesse	Belastungsgrad*	Sozialverhalten	Belastungsgrad*
<input type="checkbox"/> Laufen	_____	<input type="checkbox"/> schüchtern/ zurückhaltend/	_____
<input type="checkbox"/> Sprechen	_____	<input type="checkbox"/> ängstlich/ phobisch	_____
<input type="checkbox"/> Schreiben/ Lesen	_____	<input type="checkbox"/> zwanghaft / Ticks etc.	_____
<input type="checkbox"/> Rechnen	_____	<input type="checkbox"/> aggressiv/ extreme Wutausbrüche	_____

\* Belastungsgrad: 1 -10 (1= keine Belastung bis 10= extreme Belastung)

belastend für wen? **K**= Kind, **E**= Eltern, **Sch**= Schule od. Erzieher (z.B. K\*2 E\*8 SCH\*9)

Körperliche Gesundheit, Vorerkrankungen sowie chronische Erkrankungen:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine                         | <input type="checkbox"/> Allergien _____  |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen              | <input type="checkbox"/> psychotische Erkrankungen z. B. Wahnvorstellungen? _____ |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankungen            | <input type="checkbox"/> pathologische Blutwerte? _____                           |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung        | <input type="checkbox"/> Epilepsie _____  |
| <input type="checkbox"/> Operationen /Sonstiges: _____ |   |

Psychotrope Substanzen, Medikamente, Suchtmittel, Drogen:  keine

Medikamente \_\_\_\_\_

Alkohol, Nikotin \_\_\_\_\_

Drogen \_\_\_\_\_

Vorstellungsgrund/ belastende Ereignisse: ausführliche Beschreibung auch auf der Rückseite möglich...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

☺ Stärken meines Kindes, Hobbies: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ja, der Begleitung eines Therapiehundes stimmen wir zu.



\_\_\_\_\_  
**Datum, Unterschrift der Eltern** (Behandlungsmerkblatt erhalten)