

Fragebogen für Kinder

1. Name des Kindes: Eltern
2. Adresse:
3. Telefon tagsüber: _____ abends: _____
4. Ehestand der Eltern: Stiefeltern?
5. Geburtsdatum:
6. Alter:
7. Geburtsgewicht:
8. Größe/Länge:
9. Gewicht:
10. Was ist die Hauptbeschwerde (HB) des Kindes?
11. Wann begann dieses Problem?
12. Was geschah zu diesem Zeitpunkt im Leben des Kindes?
13. Was – glauben Sie – hat dazu geführt?
14. Was verschlimmert die HB (bestimmte Nahrungsmittel, Wetter, Bewegung, Licht, Lärm, Hitze/Kälte, Aufenthalt am Meer oder irgendetwas anderes, das Ihnen einfällt)?
15. Zu welcher Tages oder Nachtzeit ist die HB am schlimmsten? Setzen Sie falls möglich eine Uhrzeit fest.
16. Welche Symptome können Sie bestimmen, die die HB begleiten?
17. Welcher Gemütszustand herrschte bei Ihnen während der Schwangerschaft mit diesem Kind vor?
18. Haben Sie während der Schwangerschaft irgendwelche besonderen Schockerlebnisse, Traumata oder Verluste erlitten?
19. Haben Sie irgendwelche Medikamente eingenommen?
20. Wie haben sich Ihre Vorlieben oder Abneigungen gegen bestimmte Speisen während der Schwangerschaft verändert?
21. Kam es bei der Geburt zu Komplikationen?
22. In welchem Alter hat das Kind die folgenden Stadien erreicht?
 - Abstillen
 - Fontanellenschluss
 - erster Milchzahn
 - Sprechen
 - Sauberkeitserziehung
 - erster bleibender Zahn
 - Krabbeln
 - Laufen

23. Wie hat das Kind in den folgenden Situationen reagiert? Bitte denken Sie neben körperlichen Symptomen, die vielleicht aufgetreten sind, auch an mentale und emotionale Reaktionen.
- Geburt eines jüngeren Geschwisterkindes
 - regelmäßige Übertagsbetreuung
 - erster Schultag
 - Übernachten bei einem/r Freund/in
 - Reisen mit der Familie
 - Aufenthalt in einem Ferienlager o.ä. ohne die Familie
 - Wie oft hat Ihr Kind Antibiotika bekommen und weswegen?
 - Wurden irgendwelche Hautbeschwerden mit Cortisonsalben behandelt?
 - Hat das Kind eine schwere Kinderkrankheit mit sehr schweren Symptomen durchgemacht (Masern, Windpocken, Röteln, Krupp, Mumps etc.)?
 - Wenn das Kind krank oder wütend ist, klammert es sich dann eher an Sie oder möchte es allein gelassen werden?
 - Wie verhält sich das Kind im Spiel mit anderen Kindern? Macht es einen Unterschied, ob die anderen Kinder jünger oder älter sind?
 - Wie äußern sich die Lehrer Ihres Kindes über sein Verhalten in der Klasse?
 - Welche Haustiere haben Sie, und welches Verhältnis hat Ihr Kind zu diesen?
24. Speisen/Nahrungsmittel (Sp/N):
- Auf welche Sp/N hat Ihr Kind Heißhunger? Bitte seien Sie so genau wie möglich und zählen Sie so viele wie Sie können auf.
 - Welche Sp/N weigert es sich zu essen?
 - Auf welche Sp/N reagiert es nachteilig, sei es körperlich (Aufblähung, Durchfall etc.) oder mit dem Verhalten, und welche Reaktionen zeigt es?
25. Hat Ihr Kind irgendwelche Ängste, die für ein Kind in seinem Alter ungewöhnlich sind (Angst im Dunkeln, allein zu sein, vor Gewitter etc.)? Hat es Alpträume?
26. Friert das Kind leicht? Schwitzt es stark am Kopf und/oder an den Füßen?
27. Ist das Kind sehr anhänglich, wenn es krank ist?
28. Zeigt das Kind ein ungewöhnlich großes Mitgefühl (ist es sehr betroffen, wenn andere Kinder, Tiere etc, leiden)?
29. Mag das Kind Musik? Welche Art? Tanzt es gern? Bessern sich die Symptome (z.B. Unruhe) durch Musik?
30. Ist das Kind dickköpfig? Wie äußert sich das?
31. Ist das Kind anspruchsvoll oder heikel?
32. Ist das Kind empfindlich gegenüber Kritik und Tadel?
33. Welche ungewöhnlichen oder besonderen Dinge fallen Ihnen bei Ihrem Kind ein – Verhalten, Ängste, Fantasien, Wünsche, Neigungen, Vorlieben bei der Kleidung etc.?
34. Entwerfen Sie für das Kind ein Zeitschema mit allen möglichen Traumata, Krankheiten, wichtigen Ereignissen und Todesfälle in der Familie, Beschreiben Sie die Reaktionen Ihre Kindes auf diese Ereignisse.