



## Elternfragebogen

Vorname und Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Ihre Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon und Email: \_\_\_\_\_

Bei wem ist das Kind derzeit in Behandlung (ÄrztInnen, TherapeutInnen, ErgotherapeutInnen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liebe Eltern, nehmen Sie sich bitte Zeit und füllen Sie diesen Bogen in Ruhe zu Hause aus. Gerne können Sie weitere Informationen hinzufügen. Ihre Angaben geben bereits wichtige Hinweise und Orientierungshilfen und sind durch meine Schweigepflicht und die DSGVO geschützt. Fragen oder Unklarheiten werden wir natürlich persönlichen besprechen.**

1.) Was ist der Grund Ihres Besuchs?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2.) Was schätzen Sie an Ihrem Kind besonders?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.) Was kann Ihr Kind besonders gut und/oder mag es besonders gerne?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.) Was wünschen und erhoffen Sie sich von der Behandlung?

\_\_\_\_\_





14.) Seit wann und von wem wird/wurde das Kind fremdbetreut? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

15.) War die Schwangerschaft geplant? Ja  Nein

16.) Gab es Besonderheiten in oder direkt nach der Schwangerschaft? (z.B. Blutungen, vorzeitige Wehen, Krankheiten, psychische/familiäre Probleme, Medikamente, Nikotin, Alkohol, Drogen) Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

17.) War der Geburtstermin zeitgerecht? Ja  Nein

18.) Gab es Komplikationen? Ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19.) Wurde Ihr Kind gestillt Ja  Nein

Wenn ja, wie lange? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20.) Gab/gibt es Besonderheiten im Säuglingsalter und der Kleinkind-, Kindergartenzeit? (Z.B. besonders unkompliziert, Schreien, Schlafprobleme, Saug-/ Essschwierigkeiten, Ängstlichkeit, Phobien, spätes oder sehr frühes Sprechen oder Laufen, motorische Unruhe, Ablenkbarkeit, Wutanfälle, kein Blickkontakt, kein Bedürfnis nach Kuscheln oder Kontakt zu anderen Kindern, Schwierigkeiten bei der Eingewöhnung in Krippe oder Kindergarten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



21.) Gab/gibt es Besonderheiten in der Vor- und Grundschulzeit? (z.B. Langeweile, Überspringen einer Klasse, Probleme mit Fein-, Grob- oder Graphomotorik, Einnässen, -koten, Alpträume, Trennungsangst, Schulangst, Phobien, Tics, Mobbing, Rückzug, Unruhe, Konzentrationsprobleme, Impulsivität, Lese-Rechtschreibprobleme, Probleme mit Mathematik, nur wenige/keine Freundschaften, Impulsivität, exzessiver PC-/Handygebrauch)

---

---

---

22.) Gab/gibt es Besonderheiten in der weiterführenden Schule und der Pubertät? (z.B. frühe/späte Pubertät, extrem un-/angepasstes Verhalten, extremer Ehrgeiz, Mobbing Erfahrungen, soziale Angst, Schulangst, Alkohol, Drogen, Rückzug, Leistungseinbruch, Persönlichkeitsveränderungen, Schulverweigerung, Stress mit Lehrern/Mitschülern, Stimmungsschwankungen, Essstörungen, Aggressionen, Straffälligkeit, exzessives „Zocken“)

---

---

---

23.) Gab es traumatische Ereignisse (Kind, Familie)?

Ja  Nein  Vielleicht

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24.) Möchten Sie mir vorab noch etwas mitteilen oder über ein bestimmtes Thema sprechen?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Geduld und Ausdauer!

Bitte mailen Sie mir Fragebogen und Einverständniserklärung vor unserem ersten Gespräch zu (z.B. Handyfotos), wenn Sie mit einer unverschlüsselten Übersendung einverstanden sind oder senden Sie ihn mit der Post. Danke!

**Mail: [ameli.bode@musiktherapie.de](mailto:ameli.bode@musiktherapie.de), Adresse: Therapeutische Praxis Ameli Bode, Voßstraße 23, 30161 Hannover**