

Fragebogen für Eltern

Nachname des Kindes: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Halbweise Vollweise

Adoptivkind Pflegekind

Wohnort: _____ Straße: _____

Kindergarten: _____ Gruppenleiter(in): _____

Schule: _____

Klasse: _____ Klassenlehrer(in): _____

Körpergröße: _____ cm

Gewicht: _____ kg

Bitte geben Sie (in Stichworten) den Grund der Anmeldung an:

Um dem Kind gezielt helfen zu können, wären wir Ihnen für eine sorgfältige Beantwortung der folgenden Fragen dankbar. Bitte kreuzen Sie in der Spalte „Antworten“ die zutreffenden Antworten in dem leeren Kästchen an. Bei einigen Fragen sind mehrere Antworten gleichzeitig möglich, andere Fragen entfallen unter Umständen für Sie.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Ist die Mutter des angemeldeten Kindes die

leibliche Mutter Stiefmutter Adoptivmutter Pflegemutter

Nachname: _____ Mädchenname: _____

Vorname: _____

geb. am: _____ Erlernter Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Eheschließung am: _____ Ehescheidung am: _____

Bemerkungen: _____

Ist der Vater des angemeldeten Kindes der

leibliche Vater Stiefvater Adoptivvater Pflegevater

Nachname: _____ Vorname: _____

geb. am: _____ Erlernter Beruf: _____

Jetzige Tätigkeit: _____

Straße: _____ Telefon: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Eheschließung am: _____ Ehescheidung am: _____

Bemerkungen: _____

Geschwister

Bitte tragen Sie in den folgenden Zellen die Namen aller Geschwister ein. Unterstreichen Sie, wenn es sich um Halb-, Stief-, Adoptiv- oder Pflegekinder handelt oder diese nicht im Hause leben.

Vor- und Nachname	geb. am:	Kindergarten/Schule und Klasse/Beruf

Sorgerecht: _____

(Datum)

(Unterschrift)

Fragen	Antworten																
10. Welche Krankheiten/Operationen/Unfälle hat das Kind gehabt?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 20%;">Alter / Jahr</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Alter / Jahr														
	Alter / Jahr																
11. Bestehen besondere Anfälligkeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?) _____ _____																
12. Wer ist jetzt behandelnder Arzt/Hausarzt?	_____																
13. Erhält das Kind regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?) _____ _____																
14. Besondere Ereignisse im Leben des Kindes (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Tod der Mutter <input type="checkbox"/> Tod des Vaters <input type="checkbox"/> Elternteil oder Geschwister leidend oder behindert <input type="checkbox"/> Trennung der Eltern <input type="checkbox"/> häufiger Wohnungswechsel <input type="checkbox"/> Heimaufenthalt <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt <input type="checkbox"/> Andere (Welche?) _____ _____ <input type="checkbox"/> keine besonderen Ereignisse aufgetreten																
15. Geht/ging das Kind in den Kindergarten/ Spielkreis? (Nichtzutreffendes bitte streichen)	<input type="checkbox"/> Ja, Besuch vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags <input type="checkbox"/> mal pro Woche <input type="checkbox"/> keinen Kindergarten/Spielkreis besucht																
16. Geht/ging das Kind gerne dorthin?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, warum nicht? _____ _____																
17. Von wem wurde das Kind bisher <u>vorwiegend</u> erzogen?	<input type="checkbox"/> von beiden Elternteilen <input type="checkbox"/> von der Mutter <input type="checkbox"/> vom Vater <input type="checkbox"/> von den Großeltern <input type="checkbox"/> von anderen (Welchen?) _____																

Fragen	Antworten
1. Wie verlief die Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Komplikationen/bes. Ereignisse (Welche?) _____ <input type="checkbox"/> Krankheiten der Mutter (Welche?) _____
2. Wie verlief die Geburt des Kindes?	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Frühgeburt <input type="checkbox"/> Spätgeburt <input type="checkbox"/> Komplikationen während des Geburtsvorganges (Welche?) _____
3. Wurden Ihnen nach der Geburt besondere Ratschläge gegeben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?) _____ <input type="checkbox"/> Von wem? _____
4. Hat das Kind seit der Geburt bleibende Schäden?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?) _____
5. Wie wurde das Kind in den ersten Wochen ernährt?	_____
6. Gab es dabei irgendwelche Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Welche?) _____
7. In welchem Alter lernte das Kind laufen?	<input type="checkbox"/> vor 12 Monaten <input type="checkbox"/> mit 12 – 18 Monaten <input type="checkbox"/> nach 18 Monaten <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich
8. Wann wurde das Kind sauber?	<input type="checkbox"/> etwa mit _____ Jahren <input type="checkbox"/> noch nicht sauber <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich
9. Wie viel Wörter konnte das Kind mit 2 Jahren sprechen?	<input type="checkbox"/> weniger als 10 <input type="checkbox"/> mehr als 10 <input type="checkbox"/> keine Angaben möglich

Fragen	Antworten
28. Wie belohnen Sie Ihr Kind im allgemeinen? (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Süßigkeiten <input type="checkbox"/> Fernsehen <input type="checkbox"/> darf länger aufbleiben <input type="checkbox"/> gemeinsame Unternehmungen <input type="checkbox"/> Geld <input type="checkbox"/> in den Arm nehmen, schmuse <input type="checkbox"/> Lob <input type="checkbox"/> andere Belohnungen (Welche?) _____ <hr/> <input type="checkbox"/> gar nicht
29. <u>Wofür</u> belohnen Sie Ihr Kind?	<hr/> <hr/> <hr/>
30. Wie bestrafen Sie Ihr Kind im allgemeinen? (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Ermahnungen, Schimpfen <input type="checkbox"/> Hausarrest <input type="checkbox"/> Fernsehverbot <input type="checkbox"/> Taschengeldentzug <input type="checkbox"/> Schläge, Ohrfeigen, Klapse <input type="checkbox"/> Nichtbeachten <input type="checkbox"/> andere Strafen (Welche?) _____ <hr/> <input type="checkbox"/> gar nicht
31. <u>Wofür</u> bestrafen Sie Ihr Kind?	<hr/> <hr/> <hr/>
32. Beschäftigt sich die Mutter mit dem Kind?	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> entfällt
33. Beschäftigt sich der Vater mit dem Kind?	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> entfällt
34. Ist das Kind sexuell aufgeklärt?	<input type="checkbox"/> Ja, in allen wesentlichen Einzelheiten <input type="checkbox"/> weiß nur über den Vorgang der Geburt, nicht aber über den der Zeugung Bescheid <input type="checkbox"/> wurde noch nicht aufgeklärt

Fragen	Antworten
18. Wer betreut oder betreute das Kind, falls die Mutter berufstätig ist/war? (mehrere Antworten möglich)	<hr/> <hr/> <hr/>
19. Wohnen noch Großeltern oder andere Familienangehörige in Ihrer Wohnung bzw. nächsten Umgebung?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (Wo?) _____ <hr/>
20. Größe der Wohnung	<input type="checkbox"/> ca. _____ qm Anzahl der Zimmer _____
21. Hat das Kind ein Zimmer für sich allein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
22. Unterschieden sich die beiden (Ehe-) Partner in ihrer Art stark voneinander?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> entfällt
23. Sind Sie mit Ihrem (Ehe-) Partner hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im allgemeinen einig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> häufig uneinig <input type="checkbox"/> entfällt
24. Wie ist das Verhältnis zwischen Mutter und Kind?	<input type="checkbox"/> eng und herzlich <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> eher gleichgültig <input type="checkbox"/> entfällt
25. Wie ist das Verhältnis zwischen Vater und Kind?	<input type="checkbox"/> eng und herzlich <input type="checkbox"/> ausgeglichen <input type="checkbox"/> gespannt <input type="checkbox"/> eher gleichgültig <input type="checkbox"/> entfällt
26. Wer neigt dazu, das Kind zu verwöhnen?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere (Welche?) _____ <hr/> <input type="checkbox"/> entfällt
27. Wer neigt dazu, das Kind eher streng zu behandeln?	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Andere (Welche?) _____ <hr/> <input type="checkbox"/> entfällt

Fragen	Antworten
<p>41. Womit beschäftigt sich das Kind gerne? (mehrere Antworten möglich)</p>	<p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p> <p>5. _____</p> <p><input type="checkbox"/> keine besonderen Interessen</p>
<p>42. Wie spielt Ihr Kind?</p>	<p><input type="checkbox"/> ausdauernd</p> <p><input type="checkbox"/> kann sich gut selbst beschäftigen</p> <p><input type="checkbox"/> braucht viel Anregung</p> <p><input type="checkbox"/> kann nicht bei einer Sache bleiben</p> <p><input type="checkbox"/> keine Angaben möglich</p>
<p>43. Ist das Kind morgens unausgeschlafen?</p>	<p><input type="checkbox"/> häufig</p> <p><input type="checkbox"/> gelegentlich</p> <p><input type="checkbox"/> selten</p>
<p>Falls Ihr Kind kein Schüler ist, bitte bei Frage 57 weitermachen</p>	
<p>44. Schullaufbahn (mehrere Antworten möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> Vorschule/Schulkindergarten besucht</p> <p><input type="checkbox"/> vorzeitige Einschulung</p> <p><input type="checkbox"/> zurückgestellt</p> <p><input type="checkbox"/> Wiederholung einer Klasse (Welcher?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Überspringen einer Klasse (Welcher?) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schulwechsel</p> <p><input type="checkbox"/> zeitweise keine Schule besucht</p> <p><input type="checkbox"/> normaler Verlauf</p>
<p>45. Regelmäßigkeit des Schulbesuchs (mehrere Antworten möglich)</p>	<p><input type="checkbox"/> regelmäßig</p> <p><input type="checkbox"/> verspätet sich oft</p> <p><input type="checkbox"/> schwänzt häufig</p> <p><input type="checkbox"/> fehlt oft wegen Krankheit</p> <p><input type="checkbox"/> fehlt oft aus anderen Gründen (Welchen?) _____</p> <p>_____</p>

Fragen	Antworten
35. Verträgt es sich mit seinen Geschwistern?	<input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> überhaupt nicht <input type="checkbox"/> entfällt
36. Verbringt das Kind seine Freizeit außerhalb des Elternhauses?	<input type="checkbox"/> meistens <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> selten
37. Ist das Kind lieber... (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> für sich alleine <input type="checkbox"/> zusammen mit gleichaltrigen Kindern <input type="checkbox"/> zusammen mit älteren Kindern <input type="checkbox"/> zusammen mit jüngeren Kindern <input type="checkbox"/> zusammen mit Jungen <input type="checkbox"/> zusammen mit Mädchen <input type="checkbox"/> entfällt, weil keine Kinder in der näheren Umgebung
38. Ist das Kind in der Gruppe... (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Anführer <input type="checkbox"/> beliebt <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Außenseiter <input type="checkbox"/> Störenfried <input type="checkbox"/> nicht bekannt
39. Hat das Kind zu Hause regelmäßige Pflichten? (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mithilfe im Haushalt, z.B. _____ <hr/> <input type="checkbox"/> Mithilfe im elterlichen Betrieb <input type="checkbox"/> Beaufsichtigung jüngerer Geschwister <input type="checkbox"/> Andere (Welche?) _____ <hr/>
40. Bekommt das Kind <u>regelmäßig</u> Taschengeld?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, _____ € pro Woche/Monat

Fragen	Antworten		
54. Erhält das Kind Nachhilfe- oder Förderunterricht?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in welchem Fach? _____ _____		
55. Wie häufig unterhalten Sie sich mit dem/der Klassenlehrer(in) über das Kind?	<input type="checkbox"/> zum Elternsprechtag/Elternabend <input type="checkbox"/> 3mal und mehr im Jahr <input type="checkbox"/> gar nicht		
56. Wie verhält sich das Kind im Hinblick auf Klassenarbeiten? (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> hat morgens vor der Arbeit keinen Appetit <input type="checkbox"/> kann die Nacht vorher nicht richtig schlafen <input type="checkbox"/> Erbrechen oder Übelkeit morgens vor der Arbeit <input type="checkbox"/> bereits mehrere Tage vorher aufgereggt <input type="checkbox"/> verschweigt öfter, dass eine Klassenarbeit bevorsteht <input type="checkbox"/> spielt krank, um sich vor der Arbeit zu drücken <input type="checkbox"/> hat nach der Arbeit Kopfschmerzen oder ist besonders erschöpft <input type="checkbox"/> unauffällig		
57. Wie schätzen Sie das Kind hinsichtlich seiner Intelligenz ein?	<input type="checkbox"/> über dem Durchschnitt <input type="checkbox"/> durchschnittlich <input type="checkbox"/> unter dem Durchschnitt		
58. Ist Ihr Kind im Grunde... (nur je eine Antwort bei A und B)	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> A <input type="checkbox"/> eher selbständig <input type="checkbox"/> eher unselbständig </td> <td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: top;"> B <input type="checkbox"/> eher aktiv <input type="checkbox"/> eher passiv </td> </tr> </table>	A <input type="checkbox"/> eher selbständig <input type="checkbox"/> eher unselbständig	B <input type="checkbox"/> eher aktiv <input type="checkbox"/> eher passiv
A <input type="checkbox"/> eher selbständig <input type="checkbox"/> eher unselbständig	B <input type="checkbox"/> eher aktiv <input type="checkbox"/> eher passiv		

Fragen	Antworten
46. Wie sind die schulischen Leistungen in folgenden Fächern? (letztes Zeugnis)	Deutsch _____ Chemie _____ Mündlich _____ Englisch _____ Schriftlich _____ Französisch _____ Mathematik _____ Geschichte _____ Sachkunde/WUK _____ Sport _____ Biologie _____ Musik _____ Physik _____ Zeichnen _____ _____
47. Welche Fächer bevorzugt Ihr Kind?	_____
48. Welche Fächer lehnt Ihr Kind ab?	_____
49. Wo macht das Kind seine Hausaufgaben? (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Wohnzimmer <input type="checkbox"/> Küche <input type="checkbox"/> eigenes Zimmer <input type="checkbox"/> anderswo
50. Wer hilft dem Kind bei den Hausaufgaben? (mehrere Antworten möglich)	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Andere Personen (Welche?) _____ <input type="checkbox"/> keine Hilfe nötig <input type="checkbox"/> keine Hilfe möglich
51. Wie oft wird dem Kind geholfen?	<input type="checkbox"/> jeden Tag oder fast jeden Tag <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> entfällt
52. Wie lange braucht das Kind im allgemeinen für seine Hausaufgaben?	<input type="checkbox"/> bis zu ½ Stunde <input type="checkbox"/> bis zu 1 Stunde <input type="checkbox"/> 2 Stunden <input type="checkbox"/> länger als 2 Stunden <input type="checkbox"/> macht keine Hausaufgaben
53. Gibt es Probleme im Zusammenhang mit der Erledigung der Hausaufgaben?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> fängt von sich aus nicht an <input type="checkbox"/> braucht ständig Anleitung <input type="checkbox"/> andere Probleme (Welche?) _____ _____

59. Beobachten Sie bei Ihrem Kind (mehrere Antworten möglich)

	Seit wann (Jahr)		Seit wann (Jahr)
<input type="checkbox"/> 1. Albernheiten, „Clownereien“		<input type="checkbox"/> 38. Kontaktscheu bei Erwachsenen	
<input type="checkbox"/> 2. Allgemeine Ängstlichkeit		<input type="checkbox"/> 39. Kontaktscheu bei Kindern	
<input type="checkbox"/> 3. Anfälle, Krämpfe, Zuckungen		<input type="checkbox"/> 40. Konzentrationsschwäche	
<input type="checkbox"/> 4. Appetitlosigkeit		<input type="checkbox"/> 41. Kopfschaukeln/-werfen	
<input type="checkbox"/> 5. Asthma, Kurzatmigkeit		<input type="checkbox"/> 42. Leistungsschwäche in der Schule	
<input type="checkbox"/> 6. Bewegungsstörungen (verlangsamt, unreif usw.)		<input type="checkbox"/> 43. Lese- Rechtschreibschwäche („Legasthenie“)	
<input type="checkbox"/> 7. Daumen- und Fingerlutschen		<input type="checkbox"/> 44. Lügen	
<input type="checkbox"/> 8. Diebstahl, „Klauereien“		<input type="checkbox"/> 45. Minderwertigkeitsgefühle	
<input type="checkbox"/> 9. Drogen-/Alkoholmissbrauch/ Nikotinmissbrauch		<input type="checkbox"/> 46. Missstimmungen, Niedergeschlagenheit (traurig)	
<input type="checkbox"/> 10. Durchfall		<input type="checkbox"/> 47. Nägelkauen	
<input type="checkbox"/> 11. Einnässen (nachts)		<input type="checkbox"/> 48. Passivität, Teilnahmslosigkeit	
<input type="checkbox"/> 12. Einnässen (tags)		<input type="checkbox"/> 49. Rauf-/Streitlust, Aggressivität	
<input type="checkbox"/> 13. Einkoten (nachts)		<input type="checkbox"/> 50. Rechenschwäche	
<input type="checkbox"/> 14. Einkoten (tags)		<input type="checkbox"/> 51. Schlafstörungen (Aufschrecken usw.)	
<input type="checkbox"/> 15. Empfindlichkeit		<input type="checkbox"/> 52. Schläppheit	
<input type="checkbox"/> 16. Erbrechen		<input type="checkbox"/> 53. Schulangst	
<input type="checkbox"/> 17. Ermüdbarkeit		<input type="checkbox"/> 54. Schulunlust	
<input type="checkbox"/> 18. Essensschwierigkeiten (isst zuviel)		<input type="checkbox"/> 55. Schwänzen	
<input type="checkbox"/> 19. Essensschwierigkeiten (isst zu wenig)		<input type="checkbox"/> 56. Sehstörungen	
<input type="checkbox"/> 20. Frechheit		<input type="checkbox"/> 57. Selbstmord- und Todesgedanken	
<input type="checkbox"/> 21. Furcht vor bestimmten Gegenständen		<input type="checkbox"/> 58. Sexuelle Auffälligkeiten	
<input type="checkbox"/> 22. Furcht vor bestimmten Personen		<input type="checkbox"/> 59. Sprachstörungen (Stottern, Lispeln usw.)	
<input type="checkbox"/> 23. Furcht vor bestimmten Tieren		<input type="checkbox"/> 60. Sprechunwilligkeit, -unfähigkeit	
<input type="checkbox"/> 24. Gehemmtheit, Schüchternheit		<input type="checkbox"/> 61. Stimmungsschwankungen	
<input type="checkbox"/> 25. Geschwistereifersucht		<input type="checkbox"/> 62. „Tics“ (ständiges, scheinbar sinnloses Wiederholen einer Verhaltensweise)	
<input type="checkbox"/> 26. Gestörtes Spielverhalten		<input type="checkbox"/> 63. Übergewicht	
<input type="checkbox"/> 27. Haarausreißen/Haare drehen		<input type="checkbox"/> 64. Untergewicht	
<input type="checkbox"/> 28. Häufige Bauchschmerzen		<input type="checkbox"/> 65. Verspieltheit	
<input type="checkbox"/> 29. Häufige Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/> 66. Verstopfung	
<input type="checkbox"/> 30. Häufige Krankheit		<input type="checkbox"/> 67. Weglaufen	
<input type="checkbox"/> 31. Hautanfälligkeiten (Ekzem, Allergien)		<input type="checkbox"/> 68. Wutanfälle	
<input type="checkbox"/> 32. Herumtreiben		<input type="checkbox"/> 69. Zappeligkeit, Nervosität	
<input type="checkbox"/> 33. Herzbeschwerden		<input type="checkbox"/> 70. Zerstreutheit	
<input type="checkbox"/> 34. Hörbeschwerden		<input type="checkbox"/> 71. Zähneknirschen	
<input type="checkbox"/> 35. Körperliche Frühreife		<input type="checkbox"/> 72. Zündeln, unerlaubtes Feuerlegen	
<input type="checkbox"/> 36. Körperlicher Rückstand		<input type="checkbox"/> 73. _____	
<input type="checkbox"/> 37. Körperliche Unruhe		<input type="checkbox"/> 74. _____	

60. Sie haben verschiedene Verhaltensauffälligkeiten angekreuzt. Sicherlich haben nicht alle die gleiche Bedeutung für Sie. Bitte geben Sie diejenigen Auffälligkeiten an, die Ihnen am meisten Sorge bereiten. (Bitte nur die entsprechende Nummer eintragen)

1: _____ 2: _____ 3: _____ 4: _____ 5: _____

61. Wie zeigt sich das Verhalten genau? (Bitte Beispiele nennen)

62. Wo vermuten Sie selbst Ursachen und Gründe für diese Verhaltensauffälligkeiten?

63. Wie oft zeigen sich diese Auffälligkeiten?

64. Wo zeigen sich diese Auffälligkeiten? (z.B. in der Schule/zu Hause)

65. Wie reagiert die nähere Umgebung (z.B. Nachbarn, Bekannte usw.) auf diese Auffälligkeiten?

<p>66. Wurde das Kind wegen des augenblicklichen Problems schon einmal einer anderen Stelle vorgestellt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Arzt, Krankenhaus <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt</p> <p><input type="checkbox"/> Jugendamt</p> <p><input type="checkbox"/> Erziehungsberatungsstelle <input type="checkbox"/> Psychologe</p> <p><input type="checkbox"/> Anderen (Welchen?) _____</p>
<p>67. Wer hat den Fragebogen ausgefüllt?</p>	<p><input type="checkbox"/> Vater</p> <p><input type="checkbox"/> Mutter</p> <p><input type="checkbox"/> beide Elternteile</p> <p><input type="checkbox"/> andere Erziehungsberechtigte</p>