



AM GLÄICHGEWICHT

Centre de psychomotricité et de psychologie

2, Brucherstrooss
L-6831 Berbourg

Tél. : 26 71 09 80 - 23
Fax : 26 71 09 80 - 21
www.amgleichgewicht.lu

Familiennamen des Kindes.....

Vorname des Kindes:

Sozialversicherungsnummer:

geb. in:

Nationalität:

lebt bei: Mutter Vater Großeltern Heim Pflegefamilie

Straße: Ort:

Tel: Handy: E-Mail:

Name/Ort der Schule:

..... Klasse:

Name des Lehrers: Tel:

E-Mail:

Kinderarzt:

Name des Vaters:

Sozialversicherungsnummer:

Nationalität:

Beruf: Std./Woche:

sorgeberechtigt: Ja Nein

Name der Mutter:

Sozialversicherungsnummer:

Nationalität:

Beruf: Std./Woche:

sorgeberechtigt: Ja Nein

Name des neuen Partners:

Sozialversicherungsnummer:

Nationalität:

Beruf: Std./Woche:

sorgeberechtigt: Ja Nein

Geschwister/Halbgeschwister

Name	Sozialversicherungsnr.	Klasse	Schule
1.			
2.			
3.			
4.			

Durch wen haben Sie von uns gehört?:

Welche Sorgen haben Sie bezüglich Ihres Kindes?

.....
.....
.....

In welchen Situationen zeigen sich die Probleme am wenigsten?

.....
.....
.....

Ihre Erwartungen an die Therapie/Beratung?

.....
.....
.....
.....

Wohnsituation

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem?

Mit:

Schläft es allein in einem Bett?

Beziehungen innerhalb der Familie:

Wie ist die Beziehung zwischen Mutter und Kind?

Wie ist die Beziehung zwischen Vater und Kind?

Wie ist die Beziehung zwischen neuem Partner/Partnerin?

Gibt es besondere Spannungen zwischen den Geschwistern?

Ja Nein

Welche?

.....
.....

Erziehung:

Von wem wird/wurde Ihr Kind vorwiegend erzogen?

.....

Wer von den erziehenden Personen hat den größten Einfluss auf Ihr Kind? Warum?

.....
.....
.....
.....

Beschreiben Sie die Unterschiede zwischen Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen:

.....
.....
.....

Besondere Lebensereignisse:

- Eltern leben getrennt seit:
- Eltern sind geschieden seit:
- Adoptivkind, Adoptionsalter: Ursprungsland:
- Stiefkind
- Pflegekind, Alter des Kindes bei der Aufnahme:
- Tod eines Elternteils am:
- Tod eines für das Kind wichtigen Menschen:
- Wiederverheiratung oder neue Partnerschaften eines Elternteils/Patchworkfamilie:
.....
- Sonstiges:
.....
.....

Entwicklungsverlauf:

Ergaben sich bei der Schwangerschaft Komplikationen

(wie z. B. vorzeitige Wehen, Blutungen, Erkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes)?

- Nein Ja

Welche ?

In welchem Monat ?

Geburt:

- zeitgerecht Tage zu früh Tage zu spät
- Krankenhaus, welches:
- Komplikationen während der Geburt (z.B. vorzeitiger Blasensprung, Saugglocken -oder Zangengeburt, Kaiserschnitt, schwache Herztöne)

Geburtsgewicht des Kindes: g
Größe des Kindes: cm
APGAR-Zahl aus dem Vorsorgeheft:

Beschreiben Sie Ihr Kind als Säugling! (z.B. Schreikind, pflegeleicht)
.....
.....

Wie alt war Ihr Kind, als es

- die ersten Worte sprach? Monate
- die ersten Sätze sprach? Jahre
- krabbelte? Monate
- frei gehen konnte? Monate
- Fahrrad ohne Stützräder fahren konnte? Jahre
- tagsüber sauber war? Jahre
- tagsüber trocken war? Jahre
- Tag und Nacht sauber war? Jahre
- Tag und Nacht trocken war? Jahre

Freizeitgestaltung:

Was macht Ihr Kind in der Freizeit? (Hobbies, Vereine, usw.)

.....
.....
.....

Wie beschäftigen Sie sich mit Ihrem Kind in der Freizeit?

Vater :

.....

Mutter :

.....

Neuer Partner/Partnerin:

.....

Kann Ihr Kind seine Freizeit sinnvoll gestalten? Ja Nein

Es verbringt die Freizeit

- lieber alleine
- lieber mit Gleichaltrigen
- lieber mit Erwachsenen

Es hat

- viele Freunde
- wenige (1-2)
- keine
- langfristige Freundschaften (bester Freund/ beste Freundin)

Hat Ihr Kind Schwierigkeiten mit Gleichaltrigen? Nein Ja

Welche?

.....
.....

Beschreiben Sie die Hausaufgabensituation Ihres Kindes (Dauer, Selbständigkeit...)

.....
.....

Welche Fähigkeiten und Fertigkeiten weist Ihr Kind aus?

.....
.....
.....

Wann bittet Ihr Kind Sie um Hilfe, damit es ein Problem lösen kann?

.....
.....
.....

Wann, wo und bei wem fühlt sich Ihr Kind wohl und entspannt?

.....
.....
.....

Welche Beratungsstellen/Ärzte haben Sie mit Ihrem Kind wegen der hier erwähnten Schwierigkeiten schon aufgesucht?

.....
.....
.....
.....

Der/die Unterzeichnende(n) erklärt/erklären sich damit einverstanden, dass die aus dem vorliegenden Fragebogen gewonnenen Daten, wie auch die später hinzugewonnenen Daten, durch die Mitarbeiter des „AM GLAICHGEWICHT“, registriert und im Rahmen der Arbeit verwendet werden dürfen.

Die gesammelten Daten unterliegen der Schweigepflicht.

Entsprechend des Gesetzes vom 2. August 2002 bezüglich des Schutzes der Person in Hinsicht auf den Umgang mit persönlichen Daten, haben die betroffenen Personen ein Informationsrecht, ein Recht auf Zugriff der Daten, auf die Richtigstellung der Daten sowie ein Einspruchsrecht gegen die Datenverwertung.

Datum: Ort:

Name, Vorname

Unterschrift

Vater
Mutter
Gesetzlicher Vertreter

Welche Probleme und Auffälligkeiten bei Ihrem Kind machen Ihnen zu Hause und in der Schule Sorgen? (Bitte ankreuzen)

	Zu Hause	In der Schule
Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeduld	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zappeligkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Konzentrationsschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vergesslichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hält sich nicht an Regeln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trotz, Ungehorsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufbrausen, Wutanfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zerstören von Gegenständen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aggressives Verhalten gegenüber Anderen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbstverletzungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lügen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stehlen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Weglaufen, Streunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sexuelle Auffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehemmtheit, Schüchternheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gleichgültigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antriebslosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tagträumen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zerstreutheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontaktschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffälliges Spielverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auffälliges Bewegungsverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ungeschicktheit, fällt über die eigenen Füße	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kann nicht mit der Schere umgehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>