

VDS1-KJe: Elterliche Anamnese zur Kindes und Jugendentwicklung
Zusatzbogen für Kinder im Schul- und Jugendalter (ab 10 Jahren)

(die Numerierung der Fragenblöcke erfolgt in Ergänzung zum Basisbogen)

Name: Vorname: geb.

2.16 Welche Schule besucht Ihre Tochter / Ihr Sohn (bitte Schulart und Adresse angeben)?

.....

Der Schulwechsel erfolgte im Alter von Jahren.

Zurzeit geht Ihre Tochter / Ihr Sohn in die **Klasse**.

wenn eine Klasse wiederholt wurde, welche und warum:

.....

Hatte Ihr Kind in der neuen Schule Eingewöhnungsschwierigkeiten? JA / NEIN

Wie ging es Ihrer Tochter / Ihrem Sohn an den ersten Tagen in der neuen Schule?

.....

Welche **Rolle** nimmt Ihre Tochter / Ihr Sohn ein gegenüber:
den Mitschülern:

.....

den Mitschülerinnen:

.....

den Lehrern:

.....

Wie sehen Sie das Verhältnis Ihrer Tochter / Ihres Sohnes zum Klassenlehrer?

.....

Wie verstehen Sie sich mit dem Klassenlehrer Ihrer Tochter / Ihres Sohnes?

.....

2.17 Leistung und Leistungsmotivation

Geht Ihre Tochter / Ihr Sohn gern zur Schule? JA / NEIN

Woran läßt sich das erkennen?

Was lernt sie/er gern? Wie merken Sie das?

Was lernt sie/er ungern? Wie merken Sie das?

Welcher der folgenden Begriffe trifft am besten auf Ihre Tochter / Ihren Sohn zu?

LERNUNWILLIG DESINTERESSIERT LERNFREUDIG LERNBEGIERIG

Wie sind die Schulnoten Ihrer Tochter / Ihres Sohnes?

Verändern sie sich in eine bestimmte Richtung?

Wie geht Ihre Tochter / Ihr Sohn an Hausaufgaben heran?

Wo macht Ihre Tochter / Ihr Sohn seine Hausaufgaben?

Wieviel Zeit braucht sie / er im Durchschnitt täglich für seine Hausaufgaben?Stunden

Bekommt sie / er Hilfe bei den Hausaufgaben? JA/NEIN
wenn ja, von wem?

Bekommt sie / er Nachhilfeunterricht? JA/NEIN
wenn ja, von wem und worin:

Bestehen Probleme mit bestimmten Lehrern? JA/NEIN
wenn ja, mit welchen und in welchen Fächern:

Zeigt Ihr Kind Leistungsschwierigkeiten? Bitte kreuzen Sie unter den Folgenden an (x): -

- () Lese-Rechtschreibschwäche
- () Rechenschwäche
- () schlechte Noten in bestimmten Fächern welche:
- () Konzentrationsstörungen
- () extreme Leistungsschwankungen
- () Leistungsverweigerung
- () mangelnde Motivation
- () Schuleschwänzen
- () häufiges Fehlen wegen Krankheit
- () Versagensangst
- () extremer Ehrgeiz
- () Pedanterie, Zwanghaftigkeit

Ist das Verhalten Ihrer Tochter / Ihres Sohnes vor Prüfungen auffällig? JA/NEIN
wenn ja, inwiefern:

Für wie begabt halten Sie Ihre Tochter / Ihren Sohn?
ÜBERDURCHSCHNITTLICH DURCHSCHNITTLICH UNTERDURCHSCHNITTLICH

Welchen Beruf wünschen Sie sich als MUTTER für Ihr Kind?

Welchen Beruf wünschen Sie sich als VATER für Ihr Kind?

Wie reagieren Sie als MUTTER auf einen **schulischen Erfolg** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes?
Nennen Sie eine Beispielsituation:
.....
.....
.....

Wie reagieren Sie als MUTTER auf einen **schulischen Mißerfolg** von ihr / ihm? Nennen Sie eine Beispielsituation:
.....
.....
.....

Wie reagieren Sie als VATER auf einen **schulischen Erfolg** Ihrer Tochter/Ihres Sohnes?
Nennen Sie eine Beispielsituation:

.....
.....

Wie reagieren Sie als VATER auf einen **schulischen Mißerfolg** von ihr/ihm? Nennen Sie eine Beispielsituation:

.....
.....

Wem sind schulische Leistungen des Kindes wichtiger?

VATER/MUTTER

2.1.8 Sozial-, Spiel-, Freizeit- und Gruppenverhalten

Wie verhält Ihre Tochter/Ihr Sohn sich **gegenüber Erwachsenen**?

.....
.....

Was für eine Reaktion ruft sie/er mit seinem Verhalten bei diesen hervor?

.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....

Wie verhält Ihre Tochter/Ihr Sohn sich gegenüber **gleichaltrigen Mädchen**?

.....
.....

Was für eine Reaktion ruft sie/er mit seinem Verhalten bei diesen hervor?

.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....

Wie verhält Ihre Tochter / Ihr Sohn sich gegenüber **gleichaltrigen Jungen**?

.....
.....

Was für eine Reaktion ruft sie/er mit seinem Verhalten bei diesen hervor?

.....

Welche typische Beispielsituation fällt Ihnen dazu ein?

.....

.....

Wird Ihre Tochter/Ihr Sohn von einer Gruppe Gleichaltriger abgelehnt? JA / NEIN

wenn ja, was ist der Grund:

Lehnt Ihre Tochter/Ihr Sohn von sich aus andere ab? JA/NEIN

wenn ja, warum:

Hat Ihr Kind einen Lieblingsfeind? JA/NEIN

Wie würden Sie ihr/sein Spiel- und Freizeitverhalten beschreiben? Bitte kreuzen Sie an:

- spielt selten
- kann nicht bei einer Sache bleiben
- hat wenig Phantasie
- kann sich nicht von alleine beschäftigen
- kann nicht verlieren
- muß unbedingt seinen Willen durchsetzen
- hält sich nicht an Regeln
- zerstört öfter mutwillig Spielsachen oder Gegenstände

sonstiges:

Nennen Sie bitte die Lieblingsspiele, Lieblingsfreizeitbeschäftigungen, Lieblingsstars, Lieblingsmusik, Lieblingsfilme und Lieblingsbücher Ihres Kindes:

.....

.....

.....

2.19 Rollenverhalten Ihrer Tochter / Ihres Sohnes

Welche Rolle scheint sie/er gegenüber Gleichaltrigen desselben Geschlechts einzunehmen?

.....

Welche Rolle scheint sie/er gegenüber Gleichaltrigen des anderen Geschlechts einzunehmen?

.....

.....

Wieviele **Freunde** hat sie/er?

Gewinnt sie/er leicht Freunde? JA / NEIN

Kennen Sie seine Freunde größtenteils? JA / NEIN

Hat sie eine beste Freundin/ er einen besten Freund? JA / NEIN

Hat sie oder er schon **einen Freund bzw. eine Freundin**? JA / NEIN

Bringt sie/er den Freund bzw. die Freundin mit nach Hause?	JA / NEIN	
Wie verstehen Sie sich als MUTTER mit diesem Freund/dieser Freundin Ihres Kindes?		
.....		
.....		
Wie verstehen Sie sich als VATER mit diesem Freund/dieser Freundin Ihres Kindes?		
.....		
.....		
Wie oft pro Woche trifft sie/er sich mit Freunden?		
Welche Sozialsituation bevorzugt Ihr Kind?		
ALLEIN	ZU ZWEIT	IN GRUPPEN
Mit welchen Altersgruppen ist Ihr Kind am häufigsten zusammen?		
MIT GLEICHALTRIGEN	MIT JÜNGEREN	MIT ÄLTEREN
Welche Spitznamen hat Ihre Tochter / Ihr Sohn und wer hat sie ihr / ihm gegeben?		
.....		
Wo hält Ihr Kind sich lieber auf?		AUSWÄRTS / ZU HAUSE
Wie lange darf Ihre Tochter/Ihr Sohn abends weggehen?		

Bekommt Ihre Tochter/Ihr Sohn regelmäßig Taschengeld?	JA / NEIN
wenn ja, wieviel in welchem Zeitraum:	
Was macht sie/er in der Regel mit dem Geld?	
.....	
Verdient sie/er sich zusätzlich Geld?	JA / NEIN
wenn ja, mit welchem Job:	

2.20 Körperliche Entwicklung und Sexualität

Wie wird in Ihrer Familie mit dem Nacktsein umgegangen?	
.....	
Ist Ihre Tochter/Ihr Sohn ihrem/seinem Alter entsprechend aufgeklärt?	JA NEIN
Weiß sie/er über den Geburts- und den Zeugungsvorgang Bescheid?	JA NEIN
Durch wen und wie wurde Ihre Tochter/Ihr Sohn aufgeklärt?	
.....	
Wie reagierte sie/er darauf?	
.....	

In welchem Alter zeigten sich die ersten Anzeichen der Pubertät	mit	Jahren
Wann war die erste Regelblutung/der erste Samenerguß?	mit	Jahren
Wie reagierte Ihre Tochter/Ihr Sohn darauf?		
.....		
.....		

Hat Ihre Tochter/Ihr Sohn Beziehungen, in denen sie/er sexuelle Erfahrungen macht?	JA / NEIN
Haben Sie den Eindruck, daß Ihre Tochter/Ihr Sohn Erfahrungen mit Selbstbefriedigung macht?	JA / NEIN
Sprechen Sie mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn über Sexualität?	JA / NEIN
Sprechen Sie mit Ihrer Tochter/Ihrem Sohn über Probleme, Zukunftsvorstellungen und Interessen?	JA / NEIN

2.21 Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter

Traten im Verlauf der Schwangerschaft Komplikationen auf? wenn ja, welche und in welchem Monat:	JA / NEIN
.....	
.....	
Haben Sie während der Schwangerschaft Medikamente / Hormone eingenommen, wurden Bestrahlungen vorgenommen oder hatten Sie einen Unfall? wenn ja, welche und in welchem Monat:	JA / NEIN
.....	
Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht oder Alkohol getrunken? wenn ja, was und in welchem Umfang:	JA / NEIN
Haben Sie sich ein bestimmtes Geschlecht bei Ihrem Kind gewünscht?	
MUTTER: JA / NEIN	VATER: JA / NEIN
Ist Ihr Wunsch bezüglich des Geschlechts in Erfüllung gegangen?	
MUTTER: JA / NEIN	VATER: JA / NEIN

Gab es Komplikationen oder Besonderheiten bei und nach der Geburt? wenn ja, welche:	JA / NEIN
.....	
.....	
Wie und, wie lange waren Sie und Ihr Kind im Krankenhaus untergebracht?	
.....	
.....	
Wie lange haben Sie gestillt?	

Traten bei Ihrem Kind im ersten Lebensjahr Krankheiten oder Störungen auf? JA / NEIN wenn ja, welche:
.....
.....

2.22 Weitere Entwicklung

Gibt es bestimmte **Ereignisse oder Entwicklungsschritte**, die Sie in Verbindung mit den ersten drei Lebensjahren Ihrer Tochter/Ihres Sohnes erinnern? JA / NEIN

Bitte schildern Sie, was Ihnen wichtig ist:

.....
.....

Ging Ihr Kind gerne in den **Kindergarten**? JA / NEIN

wenn nein, warum:.....

Gibt es bestimmte **Ereignisse oder Entwicklungsschritte**, die Sie in Verbindung mit der Kindergartenzeit Ihrer Tochter / Ihres Sohnes erinnern? JA / NEIN

Bitte schildern Sie, was Ihnen wichtig ist:

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

Ging Ihr Kind gerne in die **Grundschule**? JA / NEIN

Gibt es bestimmte **Ereignisse oder Entwicklungsschritte**, die Sie in Verbindung mit der Grundschulzeit Ihrer Tochter/Ihres Sohnes erinnern? JA / NEIN

Bitte schildern Sie, was Ihnen wichtig ist:

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

Wenn es jetzt noch etwas gibt, das Ihnen wichtig ist und das Sie mir mitteilen möchten, so ist hier der Platz dafür:

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

Vielen Dank für die Mühe, die Sie sich mit dem Ausfüllen des Bogens gemacht haben.