

Anamnesebogen

Name des Kindes:

Datum:

Sehr geehrte Eltern,

in diesem Fragebogen geht es um die Entwicklung des Kindes bis zum jetzigen Zeitpunkt. Dadurch erhält der Fragebogen einen recht großen Umfang.

Bitte beantworten Sie alle Fragen sorgfältig und gewissenhaft. Sie helfen uns damit, die vielfältigen möglichen Ursachen von Krankheiten, Entwicklungsstörungen und Erziehungsproblemen eher verstehen und einordnen zu können, um so die Grundlage zu schaffen, mit Ihnen gemeinsam nach Hilfestellungen und Lösungen zu suchen.

Außerdem hilft uns der Fragebogen Zeit einzusparen und Ihnen ein von Vielen als lästig empfundenen Abfragen zu ersparen: Wir werden auf jeden Fall noch für ein weiterführendes, vertiefendes persönliches Gespräch zur Verfügung haben. Dafür wäre es günstig, wenn Sie den Fragebogen vor dem ersten Gespräch bei uns zurücksenden.

Bei den meisten der folgenden Fragen brauchen Sie das Zutreffende nur anzukreuzen. Bei den anderen Fragen schreiben Sie Ihre Antwort bitte auf die dafür vorgesehene Linie, oder aber Sie beantworten die Fragen direkt mit Zahlenangaben (z.B. Jahreszahlen).

Bitte kennzeichnen Sie diejenigen Fragen, bei deren Beantwortung Sie unsicher sind zusätzlich mit einem Fragezeichen.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Schildern Sie bitte zunächst die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

Schwangerschaft	
------------------------	--

01	Wie alt waren Sie (bzw. die Mutter) zum Zeitpunkt der Entbindung? Janre: _____
----	---

02	Traten während der Schwangerschaft Komplikationen auf?
----	--

- | | |
|----|--|
| 01 | <input type="checkbox"/> Nein |
| 02 | <input type="checkbox"/> Erbrechen |
| 03 | <input type="checkbox"/> Blutungen |
| 04 | <input type="checkbox"/> Röteln oder andere schwere fieberhafte Erkrankungen |
| 05 | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| 06 | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) |
| 07 | <input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck |
| 08 | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen (vermehrte Eiweißausscheidung im Urin) |
| 09 | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle oder Ohnmachten |
| 88 | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich |

03	Fielen in die Schwangerschaft weitere Erkrankungen, Unfälle, Operationen, medizinische Behandlungen oder auch seelische Belastungen? Traten in der Schwangerschaft Komplikationen auf?
----	--

- | | |
|----|--|
| 01 | <input type="checkbox"/> Nein |
| 02 | <input type="checkbox"/> Ja, welche: _____ |
| 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich |

04	Haben Sie (bzw. die Mutter) während der Schwangerschaft:
----	--

- | | |
|----|--|
| 01 | <input type="checkbox"/> Nichts dergleichen |
| 02 | <input type="checkbox"/> Zigaretten geraucht? Wie viele pro Tag: _____ |
| 03 | <input type="checkbox"/> Häufiger Alkohol getrunken? |
| 04 | <input type="checkbox"/> Medikamente zu sich genommen? |
| 05 | <input type="checkbox"/> Drogen zu sich genommen? Welche: _____ |
| 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich |

05	Welche Einstellung hatten Sie zum Geschlecht des Kindes? Wollten Sie unbedingt...	06	War es ein Wunschkind?
----	---	----	------------------------

- | | | | |
|----|---|----|--|
| 01 | <input type="checkbox"/> Einen Jungen | 01 | <input type="checkbox"/> Ja |
| 02 | <input type="checkbox"/> Ein Mädchen | 02 | <input type="checkbox"/> Nein |
| 03 | <input type="checkbox"/> Das Geschlecht war Ihnen eher gleichgültig | 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich |
| 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich | | |

Geburt	
---------------	--

07	Welches Geburtsgewicht hatte das Kind? _____ Gramm	08	In welcher Schwangerschaftswoche erfolgte die Geburt? _____ SSW
----	---	----	--

- | | | | |
|----|--|----|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> Normal | 01 | <input type="checkbox"/> Handelte es sich um eine...
Normale Geburt? |
| 02 | <input type="checkbox"/> Unter 2.500 g | 02 | <input type="checkbox"/> Frühgeburt? (vor 38. SSW) |
| 03 | <input type="checkbox"/> Unter 1.500 g | 03 | <input type="checkbox"/> Übertragung (nach 42. SSW) |
| 04 | <input type="checkbox"/> Über 4.200 g | 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich |
| 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich | | |

09	Traten bei der Geburt Komplikationen auf?
----	---

- | | | | |
|----|---|----|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> Nein | 07 | <input type="checkbox"/> Steißgeburt |
| 02 | <input type="checkbox"/> Künstliche Einleitung der Geburt | 08 | <input type="checkbox"/> Verschlechterung der kindlichen Herztöne |
| 03 | <input type="checkbox"/> Sauerstoffmangel | 09 | <input type="checkbox"/> Nabelschnurumschlingung |
| 04 | <input type="checkbox"/> Zangengeburt | 88 | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| 05 | <input type="checkbox"/> Saugglocke | 99 | <input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich |
| 06 | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt | | |

10	Traten unmittelbar nach der Geburt Komplikationen auf?	
01	<input type="checkbox"/>	Nein
02	<input type="checkbox"/>	Die Atmung des Kindes (1.Schrei) setzte nicht sofort ein
03	<input type="checkbox"/>	Bei dem Kind wurde eine Sauerstoffbeatmung durchgeführt
04	<input type="checkbox"/>	Nach der Geburt wurde ein Blutaustausch vorgenommen
05	<input type="checkbox"/>	Das Kind musste in den Brutkasten gelegt werden
06	<input type="checkbox"/>	In den ersten Wochen nach der Geburt wurde eine auffällige Gelbfärbung des Kindes beobachtet
07	<input type="checkbox"/>	Die Nachgeburt (Mutterkuchen) war nicht in Ordnung
08	<input type="checkbox"/>	Es lag eine Zwillings- oder Mehrlingsgeburt vor
88	<input type="checkbox"/>	Andere: _____
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

11	Welche Ernährungsweise bevorzugten Sie für das Kind?	12	Gab es Probleme bei der gewünschten Ernährungsform?
01	<input type="checkbox"/> Stillen; wie lange: _____	01	<input type="checkbox"/> Nein
02	<input type="checkbox"/> Flaschenernährung	02	<input type="checkbox"/> Ja; welche: _____
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

Kindliche Entwicklung

13	Traten Komplikationen im 1. Lebensjahr auf?	
01	<input type="checkbox"/>	Nein
02	<input type="checkbox"/>	Ernährungsstörungen
03	<input type="checkbox"/>	Neugeborenen- oder Säuglingskrämpfe
04	<input type="checkbox"/>	Fieberkrämpfe
05	<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen
06	<input type="checkbox"/>	Übermäßiges Schreien
88	<input type="checkbox"/>	Andere: _____
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

14	Das Kind konnte alleine gehen:	15	Das Kind sprach: (4 Wörter, außer „Mama, Papa“)
01	<input type="checkbox"/> Vor dem 16. Monat	01	<input type="checkbox"/> Vor dem 18. Monat
02	<input type="checkbox"/> Nach dem 16. Monat	02	<input type="checkbox"/> Nach dem 18. Monat
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	03	<input type="checkbox"/> Nach dem 36. Monat
	Laufalter in Monaten: _____	99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

16	Traten Störungen der Sprachentwicklung auf?	17	Ist das Kind mehrsprachig aufgewachsen?
01	<input type="checkbox"/> Nein	01	<input type="checkbox"/> Nein
02	<input type="checkbox"/> Ja; welche: _____	02	<input type="checkbox"/> Ja; Sprachen: _____
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

18	Wann hat das Kind tags- und/oder nachts über nicht mehr eingenässt und eingekotet?
01	<input type="checkbox"/> Normal
02	<input type="checkbox"/> Verzögert (mit 4 Jahren Tag und/oder Nacht noch nicht sauber)
88	<input type="checkbox"/> Entfällt
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

19	Traten in der frühen Kindheit bis einschließlich 3. Lebensjahr schwere Krankheiten auf? (mit Krankenhausaufenthalt)
01	<input type="checkbox"/> Nein
02	<input type="checkbox"/> Im 1. Lebensjahr; welche: _____
03	<input type="checkbox"/> Im 2.-3. Lebensjahr; welche: _____
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

20	Traten ab dem 4. Lebensjahr andere schwere Krankheiten auf?
01	<input type="checkbox"/> Nein
02	<input type="checkbox"/> Ja; welche: _____ im Alter von _____ Jahren
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich

21	Welche Kinderkrankheiten traten auf? (bitte unterstreichen)	
	Masern Mumps Windpocken Röteln Keuchhusten Scharlach Diphtherie Keine Traten Komplikationen auf? 01 <input type="checkbox"/> Nein 02 <input type="checkbox"/> Ja; bei welcher: _____	
22	Welche Impfungen wurden vorgenommen? (bitte unterstreichen)	
	Masern Mumps Tetanus Röteln Tuberkulose Diphtherie Keine Traten Komplikationen auf? 01 <input type="checkbox"/> Nein 02 <input type="checkbox"/> Ja; bei welcher: _____	
23	Traten chronische Krankheiten auf?	
01	<input type="checkbox"/> Nein	
02	<input type="checkbox"/> Ja; welche: _____	
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	
24	Hat das Kind Schädelunfälle erlitten?	
01	<input type="checkbox"/> Nein	
02	<input type="checkbox"/> Ja, mit _____ Jahren	
21	<input type="checkbox"/> Dabei hat das Kind erbrochen	
22	<input type="checkbox"/> Dabei war das Kind bewusstlos	
23	<input type="checkbox"/> Dabei blutete das Kind aus Ohr oder Mund	
24	<input type="checkbox"/> Danach traten Lähmungen auf	
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	
25	Wie verlief die Kinderpflege und -erziehung in den ersten drei bis vier Lebensjahren?	
01	<input type="checkbox"/> Die Pflege hat nur Freude gemacht; es war eine glückliche Zeit	
02	<input type="checkbox"/> Die Pflege war fast problemfrei; mit den üblichen Schwierigkeiten verbunden	
03	<input type="checkbox"/> Die Pflege hat viele Sorgen bereitet; es war eine schwierige Zeit	
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	
26	Wurden bei dem Kind bis zur Einschulung Temperaments- und Verhaltensauffälligkeiten beobachtet?	In welchem Alter? (z.B. 3-5 Jahre)
01	<input type="checkbox"/> Nein	
02	<input type="checkbox"/> Motorisch unruhig, immer in Bewegung	
03	<input type="checkbox"/> Verletzte sich viel	
04	<input type="checkbox"/> Kopfwerfen, Wiegen mit dem Körper (v.a. vorm Einschlafen)	
05	<input type="checkbox"/> Ungeschickt mit Händen und Armen	
06	<input type="checkbox"/> Sehr ruhig, bewegungsarm	
07	<input type="checkbox"/> Einschlafstörungen	
08	<input type="checkbox"/> Durchschlafstörungen, nachts viel geschrien	
09	<input type="checkbox"/> Angstträume, Schlafwandeln	
10	<input type="checkbox"/> Ernährungsstörungen	
11	<input type="checkbox"/> Nägelkauen	
12	<input type="checkbox"/> Daumenlutschen	
13	<input type="checkbox"/> Haarausreißen	
14	<input type="checkbox"/> Trotzanfälle	
15	<input type="checkbox"/> Gehemmt, unsicher, ängstlich	
16	<input type="checkbox"/> Unselbstständig, sucht die Nähe der Mutter	
17	<input type="checkbox"/> Sucht viel Körperkontakt, „Klammeräffchen“	
18	<input type="checkbox"/> Wehrte Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig	
19	<input type="checkbox"/> Ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden	
20	<input type="checkbox"/> Eifersüchtig	
21	<input type="checkbox"/> Häufig kränkelnd	
22	<input type="checkbox"/> Wenig spielfreudig, musste immer angeleitet werden	
88	<input type="checkbox"/> Andere Auffälligkeiten; welche: _____	
99	<input type="checkbox"/> Keine Angaben möglich	

27	Waren die Eltern des Kindes nach der Geburt berufstätig?				
	<u>Mutter</u>		<u>Vater</u>		
01	<input type="checkbox"/>	Nein	01	<input type="checkbox"/>	Nein
02	<input type="checkbox"/>	Ja, ganztags	02	<input type="checkbox"/>	Ja, ganztags
03	<input type="checkbox"/>	Ja, halbtags oder stundenweise	03	<input type="checkbox"/>	Ja, halbtags oder stundenweise
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich	99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich
	Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?: _____		Wenn ja, ab welchem Alter des Kindes?: _____		

28	Waren die Eltern länger als 1 Monat vom Kind getrennt?				
	<u>Mutter</u>		<u>Vater</u>		
01	<input type="checkbox"/>	Nein	01	<input type="checkbox"/>	Nein
02	<input type="checkbox"/>	Ja; in welchem Alter? _____	02	<input type="checkbox"/>	Ja; in welchem Alter? _____
99	<input type="checkbox"/>	Kein Angaben möglich	99	<input type="checkbox"/>	Kein Angaben möglich

29	Ist das Kind bereits in die Pubertät eingetreten?	
01	<input type="checkbox"/>	Ja: 1. Periode/ 1. Samenerguss; mit _____ Jahren
02	<input type="checkbox"/>	Noch nicht
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

30	Wie verlief die Sexualentwicklung des Kindes?	
01	<input type="checkbox"/>	Unauffällig
02	<input type="checkbox"/>	Abnorme sexuelle Interessen
88	<input type="checkbox"/>	Andere Auffälligkeiten: _____
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

Kindergarten	
---------------------	--

31	Besuchte das Kind die Kinderkrippe?	
01	<input type="checkbox"/>	Ja; ab welchem Alter: _____
02	<input type="checkbox"/>	Nein; warum nicht: _____
03	<input type="checkbox"/>	Besuchte die Krippe nur kurze Zeit; warum: _____
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

32	Besuchte das Kind den Kindergarten?	
01	<input type="checkbox"/>	Ja; ab welchem Alter: _____
02	<input type="checkbox"/>	Nein; warum nicht: _____
03	<input type="checkbox"/>	Besuchte den Kindergarten nur kurze Zeit; warum: _____
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

33	Ging das Kind regelmäßig in den Kindergarten?	34	Ging das Kind gerne in den Kindergarten?		
01	<input type="checkbox"/>	Ja	01	<input type="checkbox"/>	Ja
02	<input type="checkbox"/>	Nein	02	<input type="checkbox"/>	Nein; warum: _____
88	<input type="checkbox"/>	Entfällt	88	<input type="checkbox"/>	Entfällt
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich	99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich

35	Traten während der Kindergartenzeit Schwierigkeiten auf?				
01	<input type="checkbox"/>	Keine	06	<input type="checkbox"/>	Hypermotorisches Verhalten
02	<input type="checkbox"/>	Eingewöhnungsschwierigkeiten	07	<input type="checkbox"/>	Aggressives/destruktives Verhalten
03	<input type="checkbox"/>	Trennungsangst	88	<input type="checkbox"/>	Andere; welche: _____
04	<input type="checkbox"/>	Kontaktstörung (gehemmt, ängstlich)	99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich
05	<input type="checkbox"/>	Spielstörung			

Schule			
---------------	--	--	--

36	Wann erfolgte die Einschulung des Kindes?	37	Wie verlief der Schulbesuch des Kindes?
----	---	----	---

- | | | | | | |
|----|--------------------------|---------------------------|----|--------------------------|-----------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Zeitgerecht | 01 | <input type="checkbox"/> | Regelgerecht |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Vorzeitig | 02 | <input type="checkbox"/> | 1 Klassenstufe übersprungen |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Zurückgestellt | 03 | <input type="checkbox"/> | Einmal wiederholt |
| 04 | <input type="checkbox"/> | Noch nicht schulpflichtig | 04 | <input type="checkbox"/> | Mehrmals wiederholt |
| 88 | <input type="checkbox"/> | Entfällt | 05 | <input type="checkbox"/> | Umgeschult |
| 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich | 06 | <input type="checkbox"/> | Abgebrochen |
| | | | 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich |

38	Das Kind befindet sich jetzt in der _____ Klasse Welche Klasse(n) wurde(n) wiederholt? _____
----	---

39	Traten Schulschwierigkeiten auf?
----	----------------------------------

- | | | | | | |
|----|--------------------------|-------------------------------|----|--------------------------|----------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Keine | 06 | <input type="checkbox"/> | Konzentrationsstörungen |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Konflikte mit den Lehrern | 07 | <input type="checkbox"/> | Konflikte mit Mitschülern |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Aggressiv-störendes Verhalten | 08 | <input type="checkbox"/> | Schulvermeidung (Fehltage) |
| 04 | <input type="checkbox"/> | Leistungsstörungen | 88 | <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____ |
| 05 | <input type="checkbox"/> | Kontaktstörungen | 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich |

40	Traten berufliche Schwierigkeiten auf?
----	--

- | | | | | | |
|----|--------------------------|------------------------|----|--------------------------|--------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Keine | 04 | <input type="checkbox"/> | (noch) nicht berufstätig |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Abbruch der Ausbildung | 88 | <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____ |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Arbeitsplatzwechsel | 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich |

Freizeitverhalten			
--------------------------	--	--	--

41	Das Kind ist überwiegend
----	--------------------------

- | | | | | | |
|----|--------------------------|-------------------------------------|----|--------------------------|------------------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Mit sich alleine | 04 | <input type="checkbox"/> | Mit älteren Kindern zusammen |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Mit gleichaltrigen Kindern zusammen | 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Mit jüngeren Kindern zusammen | | | |

42	Das Kind spielt am liebsten
----	-----------------------------

- | | | |
|----|--------------------------|-----------------------|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Innerhalb der Wohnung |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Außerhalb der Wohnung |
| 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich |

43	Welche Angaben zum Spielverhalten treffen zu?
----	---

- | | | | | | |
|----|--------------------------|--|----|--------------------------|---|
| 01 | <input type="checkbox"/> | Nichts dergleichen | 08 | <input type="checkbox"/> | Es zerstört oft mutwillig Spielzeug |
| 02 | <input type="checkbox"/> | Es spielt überhaupt zu selten | 09 | <input type="checkbox"/> | Es spielt nur sehr selten alleine |
| 03 | <input type="checkbox"/> | Es räumt seine Spielsachen zu wenig auf | 10 | <input type="checkbox"/> | Es muss immer zum Spiel angehalten werden |
| 04 | <input type="checkbox"/> | Es ist noch sehr verspielt | 11 | <input type="checkbox"/> | Es bleibt nur kurze Zeit bei der Sache |
| 05 | <input type="checkbox"/> | Es entwickelt wenig Phantasie beim Spiel | 12 | <input type="checkbox"/> | Es hält sich nicht an Regeln |
| 06 | <input type="checkbox"/> | Es hat wenig Ausdauer | 13 | <input type="checkbox"/> | Es kann nicht verlieren |
| 07 | <input type="checkbox"/> | Es ist oft ungeschickt, „linkisch“ | 88 | <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____ |
| | | | 99 | <input type="checkbox"/> | Keine Angaben möglich |

Familie					
44	Gibt es Rivalitäten oder Spannungen zwischen den Geschwistern?				
01	<input type="checkbox"/>	Nein			
02	<input type="checkbox"/>	Ja			
88	<input type="checkbox"/>	Entfällt			
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich			
45	Traten Erziehungsschwierigkeiten oder Entwicklungsstörungen bei Geschwistern des Kindes auf?				
01	<input type="checkbox"/>	Nein			
02	<input type="checkbox"/>	Ja, welche: _____			
88	<input type="checkbox"/>	Entfällt			
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich			
46	Liegen beengte Wohnverhältnisse vor? (mehr als 1,5 Personen pro Raum, einschließlich aller Wohnräume mit Küche)				
01	<input type="checkbox"/>	Ja			
02	<input type="checkbox"/>	Nein			
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich			
47	Welche Angaben treffen am ehesten für die Beziehung der Eltern zu?				
01	<input type="checkbox"/>	„Normale“ Beziehung / gute Harmonie und selten Streit			
02	<input type="checkbox"/>	Zufriedenstellende Harmonie und Übereinstimmung			
03	<input type="checkbox"/>	Starke Disharmonie / häufige Missverständnisse und Streit			
88	<input type="checkbox"/>	Entfällt			
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich			
48	Wer erzieht vorwiegend das Kind?				
01	<input type="checkbox"/>	Vater			
02	<input type="checkbox"/>	Mutter			
03	<input type="checkbox"/>	Andere Personen; wer: _____			
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich			
49	Welche weiteren Erziehungspersonen üben einen regelmäßigen Einfluss auf die Erziehung in der Familie aus?				
01	<input type="checkbox"/>	Keine weiteren Personen			
02	<input type="checkbox"/>	Verwandte; welche: _____			
03	<input type="checkbox"/>	Sonstige Personen; welche: _____			
99	<input type="checkbox"/>	Keine Angaben möglich			
50	Welche Auffälligkeiten in der Herkunftsfamilie des Kindes sind bekannt?				
		Mutter	Vater	Großeltern	Geschwister
01	Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Intelligenzbeeinträchtigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Psychose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	Persönlichkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	Angststörung; Depression (bitte Zutreffendes unterstreichen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	Alkoholismus, Suchtproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	Suchtproblematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	Anfallsleiden/ neurolog. Krankheit; welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	Chron. internistische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Kriminalität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88	Andere: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99	Keine Angaben möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51	Von wem wurde der Fragebogen ausgefüllt?	
01	<input type="checkbox"/>	Von der Mutter
02	<input type="checkbox"/>	Vom Vater
03	<input type="checkbox"/>	Von beiden Eltern
04	<input type="checkbox"/>	Von anderen Personen; welche: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!