

Ambulanz für Geschlechtsdysphorie, Geschlechtsinkongruenz und
Varianten der Geschlechtsentwicklung im Kindes- und Jugendalter

Angaben zum Kind		
Name (ggf. selbst gewählter Name):	Geburtsdatum:	Religion:
Adresse:		
Art der Schule:	Schulklasse: Lehrer*in:	

- Das Kind lebt bei:
- leibliche Eltern
 - Adoptiv- bzw. Pflegeeltern
 - sonstige Erziehungspersonen (Wer? _____)

Wer hat das Sorgerecht? _____

Bestehen Sonderregelungen z.B. bzgl. Besuchsrechts? _____

Gibt / gab es Kontakte zum Jugendamt? Ja Nein

Wenn ja, mit welchem? _____

Wie sind Sie auf unsere Institution aufmerksam geworden? _____

Angaben zu den Eltern / Erziehungspersonen		
Name (Mutter):	Name (Vater):	Name (Lebenspartner/-in; Stiefmutter/-vater):
Geb.-Datum:	Geb.-Datum:	Geb.-Datum:
Schulbildung/ Abschluss:	Schulbildung/ Abschluss:	Schulbildung/ Abschluss:
Beruf:	Beruf:	Beruf:
Tel. priv.:	Tel. priv.:	Tel. priv.:
Tel. berufl.:	Tel. berufl.:	Tel. berufl.:
Tel. mobil:	Tel. mobil:	Tel. mobil:
Mailadresse:	Mailadresse:	Mailadresse:
Familienstand der Eltern / Erziehungspersonen		
<input type="checkbox"/> verheiratet seit:	<input type="checkbox"/> getrennt seit:	Bestanden frühere Ehen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> geschieden seit:	
<input type="checkbox"/> feste Partnerschaft seit:	<input type="checkbox"/> verwitwet seit:	
<input type="checkbox"/> sonstiges		

Geschwister							
Name	Alter	Leibliches Kind:		Zu Hause:		Wann ausgezogen	Schule/Beruf
		Ja	Nein	Ja	Nein		
Gibt bzw. gab es Probleme mit den Geschwistern? Wenn ja, bei wem? Welche?							
Welche Personen sind noch wichtig für das Kind / den Jugendlichen?							

Haben Sie Sorgen, die nicht im Zusammenhang mit den Problemen ihres Kindes stehen?
 (z.B. Partnerschaftsprobleme, finanzielle Sorgen, pflegebedürftige Angehörige etc.) Ja Nein

Wenn ja, welche?

Teil A

Symptomatik
Welche Sorgen, Probleme, Beschwerden oder Erkrankungen bei Ihrem Kind sind Anlass für Sie gewesen sich an uns zu wenden?

Entwicklung der Symptomatik

Wann ist dieses Verhalten Ihrer Meinung nach zum ersten Mal aufgetreten?

Welche?

Gab es irgendwelche besonderen Ereignisse, die mit dem ersten Auftreten dieses Verhaltens zusammenfielen?

Welche

Ja Nein

Ist das Verhalten im Laufe der Zeit stärker geworden?

Inwiefern?

Ja Nein

Zeigt sich das Verhalten häufiger oder seltener, an bestimmten Orten, zu bestimmten Zeiten, in bestimmten Situationen, mit bestimmten Personen

Wo? Wann? Welche? Mit Wem?

Ja Nein

Welche sonstigen Probleme und Auffälligkeiten bei Ihrem Kind machen Ihnen außerdem noch Sorgen? Bitte kreuzen Sie an!

<input type="checkbox"/>	Lern- und Arbeitsstörungen	<input type="checkbox"/>	Häufige Schmerzzustände
<input type="checkbox"/>	Mut- oder Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/>	Häufige sonstige körperliche Beschwerden
<input type="checkbox"/>	Gleichgültigkeit	<input type="checkbox"/>	Abhängigkeiten o. übermäßiger Genuss von Alkohol, Tabletten, Zigaretten, Drogen?
<input type="checkbox"/>	Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/>	Konzentrationsstörungen
<input type="checkbox"/>	Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>	Unruhe, Ungeduld
<input type="checkbox"/>	Kontaktprobleme	<input type="checkbox"/>	Aufbrausen
<input type="checkbox"/>	Geht nicht unter Leute	<input type="checkbox"/>	Wutanfälle
<input type="checkbox"/>	Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>	Selbstverletzungen
<input type="checkbox"/>	Bewegungsstörungen	<input type="checkbox"/>	Lügen
<input type="checkbox"/>	Hörstörungen	<input type="checkbox"/>	Aggressives Verhalten gegenüber anderen
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	Zerstören von Gegenständen
<input type="checkbox"/>	Essensprobleme	<input type="checkbox"/>	Weglaufen, Streunen
<input type="checkbox"/>	Einnässen	<input type="checkbox"/>	Normüberschreitungen, Konflikte mit dem Gesetz
<input type="checkbox"/>	Einkoten	<input type="checkbox"/>	Stehlen

Entwicklungsdaten

Ergaben sich während der Schwangerschaft Komplikationen?

Welche?

Ja Nein

Hatten Sie persönliche Sorgen während der Schwangerschaft?

Welche?

Zeitpunkt der Geburt zum errechneten Termin zu früh um ___ Tage zu spät um ___ Tage

Ergaben sich bei der Geburt Komplikationen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche?	
Alter der Mutter bei Geburt des Kindes: _____ Jahre	
Geburtsgewicht des Kindes: _____ g Größe des Kindes bei Geburt: _____ cm	
Hat das Kind an Vorsorgeuntersuchungen Teilgenommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Apgar-Werte aus dem Vorsorgeheft:	
Wurde das Kind gestillt?	<input type="checkbox"/> Ja, _____ Wochen / Monate <input type="checkbox"/> Nein
Ergeben sich Schwierigkeiten im 1. Lebensjahr? (z.B. Einschlafstörungen, Ernährungsprobleme, Störung der Entwicklung?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Wie alt war Ihr Kind als es die ersten Worte sprach? _____ Mit wievielen Monaten war ihr Kind sauber? _____	
Wie alt war es, als es frei gehen konnte? _____ Mit wievielen Jahren war Ihr Kind trocken? _____	
Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? Bitte schreiben Sie dazu, wie alt Ihr Kind war!	
Menstruation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beginn: _____	
Hatte Ihr Kind Operationen oder Unfälle?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche, wo, wann?	
Nimmt Ihr Kind Medikamente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Bestanden oder bestehen in Ihrer Familie Erkrankungen, chronische Erkrankungen, seelische Störungen oder Behinderungen? (z.B. Alkoholkrankung, Depressionen, Krebserkrankungen?)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	

War Ihr Kind von den Eltern z.B. wegen Krankenhaus- oder Heimaufenthalt oder ähnlichem getrennt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
von / bis	Wo?	Weshalb?

Kindergarten und Schule

War Ihr Kind im Kindergarten? Ja Nein von: _____ bis: _____
 Wie war das Verhalten Ihres Kindes im Kindergarten?

Ergaben sich Schwierigkeiten im Kindergarten? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Mit wievielen Jahren wurde Ihr Kind eingeschult? _____ Jahren

Wurde Ihr Kind zurückgestellt? Ja Nein
 Wenn ja, wegen:

Wie verhielt sich Ihr Kind bei der Einschulung?

Welche Schulen besuchte Ihr Kind bisher?

Von	Bis	Schule	Gründe

Wurde eine Klasse wiederholt? Ja Nein Wenn ja, welche? _____ Klasse

Wie kommt Ihr Kind in der Schule zurecht, z.B. mit dem Lernstoff, den Lehrern und Mitschülern?

Welche Schulfächer hat Ihr Kind gerne bzw. nicht so gerne?

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben regelmäßig? Ja Nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben eigenständig? Ja Nein

Wie arbeitet Ihr Kind bei den Hausaufgaben?

Welchen Kontakt haben Sie als Eltern zur Schule?

Freizeit

Was macht Ihr Kind in seiner Freizeit?

Mit wem verbringt Ihr Kind seine Freizeit?

Interessen und Fähigkeiten

Welche besonderen Interessen, Neigungen und Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Ist das Kind in einer Jugendgruppe oder in einem Verein?

Ja Nein

Welche?

Wogegen hat es eine besondere Abneigung? (bestimmte Tätigkeiten, Speisen usw.)?

Bisher aufgesuchte Institutionen

Haben Sie bisher andere Einrichtungen aufgesucht?

Ja Nein

(z.B. Beratungsstellen, Therapeuten, Schulpsychologischer Dienst, Jugendamt, usw.)

Wenn ja, wer und in welcher Zeit?

Werden Sie zurzeit von einer Institution betreut?

Ja Nein

Wenn ja, wem bzw. welcher Institution und was wurde geraten?

Wie erklären Sie sich die Schwierigkeiten Ihres Kindes?

Was glauben Sie braucht Ihr Kind, um seine Schwierigkeiten zu überwinden?

Bemerkungen:

Teil B

Aktuelle Lebenssituation

Bitte beschreiben Sie kurz Ihre Wohnsituation! Welche Personen leben mit in der „Hausgemeinschaft“?

Seit wann leben Sie in dieser Wohnung? Seit: _____

Wo und wie lange haben Sie sonst noch gewohnt? _____ von _____ bis _____

Teilt Ihr Kind sein Zimmer mit jemandem? Ja Nein
Wenn ja, mit wem?

Berufstätigkeit der Eltern

Sind Sie zurzeit berufstätig? Mutter: Ja Nein Vater: Ja Nein

Welche Beschäftigung haben Sie: _____

Sind Sie halbtags oder ganztags berufstätig? _____

Häufige beruflich bedingte Abwesenheiten? Ja Nein Ja Nein

Gibt es soziale Schwierigkeiten, z.B. finanzielle Probleme, etc.? Ja Nein
Wenn ja, welche?

Besondere Lebensereignisse

<input type="checkbox"/> Eltern leben getrennt	<input type="checkbox"/> Tod der Mutter am:
<input type="checkbox"/> nicht-eheliches Kind	<input type="checkbox"/> Tod des Vaters am:
<input type="checkbox"/> Adoptivkind	<input type="checkbox"/> Tod eines für das Kind wichtigen Menschen
<input type="checkbox"/> Stiefkind <input type="checkbox"/> Pflegekind	<input type="checkbox"/> Todgeburt, Fehlgeburt; wann?
<input type="checkbox"/> Abtreibung, wann?	<input type="checkbox"/> Vertreibung, Flucht; wann?
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Erziehungsverhalten	
Erhält Ihr Kind Taschengeld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ € im Monat
Verdient Ihr Kind selbst schon Geld?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein _____ € im Monat
Wie viel Geld hat Ihr Kind zur freien Verfügung?	_____ € im Monat
Was macht Ihr Kind in der Regel mit diesem Betrag	
Zu welchen häuslichen Arbeiten wird Ihr Kind herangezogen?	
Erledigt es diese Pflichten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unterscheiden sich Vater und Mutter hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen deutlich?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wo sind Sie unterschiedlicher Meinungen?	
Wie würden Sie die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind beschreiben?	
Was finden Sie an Ihrem Kind besonders gut, womit sind Sie an Ihrem Kind besonders zufrieden?	
Wie stellen Sie sich Ihre familiäre und persönliche Situation vor, wenn die Probleme nicht mehr da sind?	

Wir danken für Ihre Mitarbeit!

Ausgefüllt von:

Datum: