

## Fragebogen Familientherapie-Seidenberger

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein
Zeigt Ihr Kind Konzentrationsschwierigkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es Komplikationen bei der Geburt (z. B. Zange, Saugglocke, Nabelschnur um den Hals)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reagiert Ihr Kind besonders empfindlich auf Geräusche, Berührung oder Helligkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind sehr impulsiv und wird schnell wütend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hängt Ihr Kind sehr an einem Kuscheltier, Schnuller oder anderen Objekten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann Ihr Kind schwer alleine ein- oder durchschlafen oder hat nachts Angst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde die Wehentätigkeit bei der Geburt durch Medikamente gefördert oder gehemmt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Angst vor der Schule und zeigt körperliche Symptome (z. B. Bauchweh, Übelkeit)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind das Krabbeln ausgelassen oder ist direkt gelaufen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlt sich Ihr Kind oft wie „zu viel“ an – als wären es zwei oder drei Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streitet Ihr Kind häufig mit Geschwistern (Rangordnung, Hackordnung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Wurde oder wird Ihr Kind häufiger gemobbt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es während der Schwangerschaft körperliche oder psychische Auffälligkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind die mündlichen Noten deutlich besser als die schriftlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich zu fokussieren, beginnt vieles und wirkt sprunghaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leidet Ihr Kind unter überdurchschnittlicher Trennungsangst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind meist nur eine sehr intensive Freundschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Möchte Ihr Kind Freunde, findet aber keine passenden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kam Ihr Kind per Kaiserschnitt zur Welt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stottert Ihr Kind oder leidet es zeitweise unter Sprachlosigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Anzeichen von Hochsensibilität oder Hochintelligenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußert Ihr Kind, sich im falschen Körper zu fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schon bei 5 JA's lohnt es sich, auf das System Ihres Kindes zu schauen.