

Beginn Elternkonsensgespräch

FamGericht		Nummer:	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Datum:	
ja	nein	<input type="checkbox"/> Mutter	<input type="checkbox"/> Vater

Sehr geehrte Eltern,

wir bitten Sie darum den folgenden Fragebogen **vor Beginn** der Beratung zum Elternkonsens auszufüllen und vor dem ersten Termin an uns zurückzusenden (falls dies nicht möglich ist den Bogen zum ersten Gespräch mitbringen).

Wir wollen damit die Grundlage für einen gelingenden Beratungsprozess mit Ihnen schaffen. Durch Ihre Mitarbeit ermöglichen Sie es uns die Qualität unserer Beratungsarbeit weiter zu verbessern, so dass nicht nur Sie selbst sondern auch spätere Ratsuchende davon profitieren können.

Darüber hinaus bitten wir Sie nach jeder Beratung um eine kurze Rückmeldung zum Verlauf und Ergebnis des Gesprächs (Sitzungsbogen), sowie nach Abschluss der Beratung um eine Gesamtbewertung.

Ihre Beraterin bzw. Ihr Berater oder Ihre beiden Berater nutzen die von Ihnen ausgefüllten Bögen, um sich auf das Gespräch mit Ihnen vorzubereiten. Außer Ihrer persönlichen Beraterin oder Ihrem Berater (künftig sprechen wir nur noch von Beraterin) wird niemand wissen, wer den Fragebogen ausgefüllt hat.

Die Auswertung dieser Fragebögen zur Qualitätssicherung der Beratung zum Elternkonsens erfolgt **vollkommen anonym und unterliegt unserer Schweigepflicht**.

Wir bitten Sie, den Fragebogen **aus Ihrer heutigen Sicht** auszufüllen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Uns interessieren Ihre **persönliche** Sicht und Ihr **persönliches Erleben** heute.

1. Stehen Sie bezogen auf Ihren Konflikt in Kontakt mit weiteren Personen oder Institutionen? Bitte ankreuzen:

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Jugendamt, Frau/Herr _____ | <input type="checkbox"/> Familiengericht |
| <input type="checkbox"/> gerichtlicher Verfahrensbeistand: Frau/Herr _____ | <input type="checkbox"/> Anwalt/Anwältin |
| <input type="checkbox"/> Kinderschutzbund, Frau/Herr _____ | <input type="checkbox"/> andere Beratungsstelle |
| <input type="checkbox"/> Psychologe/in Psychotherapeut/in Frau/Herr _____ | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

2. In welcher Beziehung stehen Sie gegenwärtig zum anderen Elternteil?

<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> geschieden seit _____
<input type="checkbox"/> unverheiratet	<input type="checkbox"/> getrennt seit _____

3. Wie ist Ihre aktuelle Lebenssituation?

- | | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alleine lebend | <input type="checkbox"/> mit neuem Partner lebend | <input type="checkbox"/> mit dem anderen Elternteil lebend |
| <input type="checkbox"/> Anderes: _____ | | |

4. Läuft **aktuell** ein familiengerichtliches Verfahren (Scheidung, Umgang, Sorgerecht, Unterhalt, ...)? nein ja, eines ja, mehrere
 Wenn ja, welche(s)? _____

5. Gab es **davor** ein familiengerichtliches Verfahren (Scheidung, Umgang, Sorgerecht, Unterhalt, ...)? nein ja, eines ja, mehrere
 Wenn ja, welche(s)? _____

6. Hat Ihr Kind/ haben Ihre Kinder regelmäßigen persönlichen Kontakt mit dem nicht hauptsächlich betreuenden Elternteil?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nein, es gab niemals Kontakte	Es gab früher einmal Kontakte, die wurden aber abgebrochen	Es gibt nur seltene Kontakte	Ja, es gibt Kontakte, aber unregelmäßig	Ja, es gibt stets regelmäßige Kontakte

7. Wenn persönlicher Kontakt stattfindet, an wie vielen Tagen pro Monat sehen die Kinder den anderen Elternteil?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 Tag im Monat	2-4 Tage im Monat	5-8 Tage im Monat	9-15 Tage im Monat	beide Eltern zu gleichen Teilen

8. Gibt es bei den Kontakten (Umgang) Konflikte zwischen den Eltern?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	selten	manchmal	häufig	sehr häufig

9. Sind Sie mit der Kontakt- bzw. Umgangsregelung zufrieden?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nein	eher nicht	teils/teils	eher schon	ja

10. Was finden Sie beim Umgang zufriedenstellend oder nicht zufriedenstellend?

--	--

Inwieweit stimmen Sie den unten genannten Aussagen zur Beziehung zum anderen Elternteil aus Ihrer persönlichen momentanen Sicht heraus zu?

	Nein					Ja				
	--	-	+-	+	++	--	-	+-	+	++
11. Die Beziehung zum anderen Elternteil ist gut.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Wir haben viele Konflikte.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Der andere Elternteil besteht immer auf seiner Position.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Der andere Elternteil nimmt meine Bedürfnisse wahr.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Mir sind die Bedürfnisse des anderen Elternteils bewusst.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Ich berücksichtige in meinem Handeln auch die Bedürfnisse des anderen Elternteils.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Ich kann den Streit auch mal beenden und mich selbst beruhigen.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Ich bin bereit mit dem anderen Elternteil an einer guten Lösung im Interesse der Kinder zu arbeiten.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Der andere Elternteil ist bereit mit mir an einer guten Lösung im Interesse der Kinder zu arbeiten.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

20. Bitte geben Sie uns einige Informationen zu Ihren Kindern. Handelt es sich um Ihr leibliches Kind?
(bitte ankreuzen)

leibliches Kind ?	Name des Kindes	Alter	Geschlecht (männl. / weibl.)
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W

21. Ich denke, dass mein Kind die Trennung sehr gut bewältigt.						22. Benötigt Ihr Kind in der aktuellen Konfliktsituation unterstützende Beratung / Therapie?								
Name des Kindes	Nein						Ja							
	--	-	+-	+	++	--	-	+-	+	++	--	-	+-	+
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

23. Wenn Ihr Kind/Ihre Kinder Unterstützung braucht/brauchen, an welche Art der Unterstützung denken Sie?

24. Was genau sind Ihre Ziele für die Beratung zum Elternkonsens?

25. Was ist Ihr höchster (Hoch-)Schulabschluss?

- ohne Schulabschluss
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss
 Abitur
 Studium (FH/Uni)

26. Wie ist Ihre gesundheitliche Situation?

gesund		chronisch krank		
1	2	3	4	5

27. Wie ist Ihre aktuelle finanzielle Situation?

ausreichendes Einkommen				stark angespannte finanzielle Situation
1	2	3	4	5

28. Wie ist ihre aktuelle berufliche Situation?

- | | |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> arbeitslos/arbeitssuchend | <input type="checkbox"/> befristeter Arbeitsvertrag |
| <input type="checkbox"/> arbeite in Vollzeit | <input type="checkbox"/> Elternzeit |
| <input type="checkbox"/> arbeite in Teilzeit | <input type="checkbox"/> geringfügige Beschäftigung |
| <input type="checkbox"/> in Rente/Pension | <input type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.