



www.testarchiv.eu

Open Test Archive

Repositorium für Open-Access-Tests

Modul M0:

SIVA: 0-6

Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021)

Bolten, M., Equit, M., von Gontard, A. & In-Albon, T. (2021). SIVA: 0-6. Das Strukturierte Interview für das Vorschulalter [Verfahrensdokumentation, Interviewleitfaden mit den Modulen 0-16, Handbuch, Zuordnung Module und Interview und Diagnoseblatt]. In Leibniz-Institut für Psychologie (ZPID) (Hrsg.), Open Test Archive. Trier: ZPID.

<https://doi.org/10.23668/psycharchives.5172>

Alle Informationen und Materialien zu dem Verfahren finden Sie unter:

<https://www.testarchiv.eu/de/test/9007915>

Verpflichtungserklärung

Bei dem Testverfahren handelt es sich um ein Forschungsinstrument, das der Forschung, Lehre und Praxis dient. Es wird vom Testarchiv online und kostenlos zur Verfügung gestellt und ist urheberrechtlich geschützt, d. h. das Urheberrecht liegt weiterhin bei dem/den Autor/en.

Mit der Nutzung des Verfahrens verpflichte ich mich, die Bedingungen der [Creative Commons Lizenz CC BY-SA 4.0](#) zu beachten. Ich werde nach Abschluss meiner mit dem Verfahren zusammenhängenden Arbeiten mittels des [Rückmeldeformulars](#) die TestautorInnen über den Einsatz des Verfahrens und den damit erzielten Ergebnissen informieren.

Terms of use

The test instrument is a research instrument that serves research, teaching and practice. It is made available online and free of charge by the test archive and is protected by copyright, i.e. the copyright remains with the author(s).

By using this test, I agree to abide by the terms of the [Creative Commons License CC BY-SA 4.0](#). After completion of my work with the measure, I will inform the test authors about the use of the measure and the results I have obtained by means of the [feedback form](#).

Name: _____

Untersuchungsdatum: _____

Einsatz im Altersbereich 0;3-6;11 Jahre. Modul M0 dient zur:
 Persönlichen Anamnese
 Familienanamnese
 Entwicklungsanamnese
 Screening Autismusspektrumsstörung

Interview geführt mit:

- Mutter
- Vater
- beiden Elternteilen
- jemand anderes, nämlich: _____

Anregung der Vorstellung?

- Eltern
- Kinderarzt
- Hebamme
- Erzieher/Lehrperson
- _____

FAMILIENANAMNESE

Ich werde Ihnen nun eine Reihe von Fragen zum Verhalten und den Gefühlen Ihres Kindes im Alltag stellen. Dabei werde ich mich an diesem Leitfaden orientieren. Bitte versuchen Sie diese Fragen, welche sich alle auf Ihr Kind beziehen so genau wie möglich zu beantworten. Sie dürfen mich jederzeit unterbrechen und nachfragen, wenn Sie etwas nicht verstanden haben. Außerdem können wir auch eine Pause machen, wenn Sie diese benötigen. Selbstverständlich werden alle Ihre Antworten vertraulich behandelt (Bei Forschungsprojekten: und durch einen Code anonymisiert).

Angaben zum Kind:

Name: _____ weiblich männlich Geburtsdatum: _____

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

Wer hat das Sorgerecht? _____

Angaben zu den Erziehungsberechtigten:

Alter Mutter: _____ Alter Vater: _____

Herkunftsland leibliche Mutter: _____
 Herkunftsländ leiblicher Vater: _____

In D/CH/A seit: _____ In D/CH/A seit: _____

Schulabschluss der Eltern (Bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen - falls mehrere, den höchsten)

| | | |
|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| Mutter | | Vater |
| <input type="checkbox"/> | kein Schulabschluss | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Hauptschule/Sekundar A | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Realschule/Sekundar E | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Abitur/Matura | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | (Fach-)Hochschule / Universität | <input type="checkbox"/> |

Beruf der Mutter: _____

Beschäftigungsgrad der Mutter: Vollzeit Teilzeit wöchentliche Arbeitszeit: _____ h nicht erwerbstätig

Beruf des Vaters: _____

Beschäftigungsgrad des Vaters: Vollzeit Teilzeit wöchentliche Arbeitszeit: _____ h nicht erwerbstätig

Angaben zu den Geschwistern:

| | | | |
|-----------------|---|------------------------------|---|
| Alter | Geschlecht | Im gleichen Haushalt lebend? | Erkrankungen/ Verhaltensschwierigkeiten? |
| (1) _____ Jahre | w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| (2) _____ Jahre | w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |

(3) _____ Jahre w m _____
 (4) _____ Jahre w m _____

ÜBERBLICK ÜBER AKTUELLE PROBLEME

Was führt Sie zu mir? Was ist das Hauptproblem, für das Sie Hilfe suchen?

Gab es ein Ereignis oder einen aktuellen Anlass, dass Sie Ihr Kind vorstellen?

Wie sind Sie bisher mit dem Problem umgegangen? Welche Hilfen haben Sie bisher in Anspruch genommen?

Chronische Erkrankungen

Leidet Ihr Kind an einer chronischen Krankheit (z.B. Asthma, Diabetes etc.)? Ja Nein

Welche? _____
 Beginn: _____

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen? Ja Nein

Welche? _____
 Beginn: _____

Einschneidende Lebensereignisse

Gab es in den vergangenen 6 Monaten einschneidende Lebensereignisse (Arbeitsaufnahme der Mutter, Umzug, Trennung der Eltern, Scheidung, Krankheit/Verlust/Tod eines Angehörigen, Unfälle, Verlust des Arbeitsplatzes, Gewalterfahrung)?

Erkrankungen in der Familie

Leiden Sie oder ein anderes Familienmitglied an einer körperlichen Krankheit oder psychischen Störung?

| | Mutter | Vater | Angehörige | Was? | Seit wann? |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|------------|
| Körperliche Erkrankungen | | | | | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Herz-Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Krebs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Psychische Erkrankungen | | | | | |
| Angststörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Essstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Sucht | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Persönlichkeitsstörungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| Sonstige | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |

Wer ist die Hauptbezugsperson Ihres Kindes? Mit wem verbringt Ihr Kind die meiste Zeit?

Wer unterstützt Sie bei der Versorgung Ihres Kindes?

Wenn ja, durch ...

| | Ja | Nein | Bemerkungen |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Anderer Elternteil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Großeltern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Andere Angehörige: Wer? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Freunde/Innen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sozialpädagogische Familienhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Amb. Kinderkrankenschwester | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstige? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bitte näher beschreiben: | | | _____ |

Wie gestaltete sich die Betreuungssituation Ihres Kindes im ersten Lebensjahr?

- nur bei Eltern (Pflege-/Adoptiveltern)
 bei den Großeltern bzw. anderen Verwandten
 Tagesstätte, etc. ab: _____
 viele unterschiedliche Betreuungssituationen

Gab es in den ersten 3 Lebensjahren eine längere Trennung von der primären Bezugsperson? Ja Nein
Dauer: _____

Bitte näher beschreiben:

Entwicklungsgeschichte

Schwangerschaft

| | Ja | Nein | |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------|
| Medizinische Auffälligkeiten und Komplikationen während der Schwangerschaft (Blutungen, Gestationsdiabetes, Gestosen etc.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |
| Wiederholte Blutungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Vorzeitige Wehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Waren längere Liegezeiten notwendig? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Starke seelische Belastungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |
| Medikamente/Drogen/Alkohol? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |

Erwünschteste Schwangerschaft

War das Kind zum damaligen Zeitpunkt erwünscht? Ja Nein

Geburt

In welcher Schwangerschaftswoche erfolgt die Geburt _____ in der _____ Woche

| | Ja | Nein | |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|
| zu früh ≤ 37 Wochen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Traten Geburtskomplikationen auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Welche? _____ |
| Hatten Sie einen Kaiserschnitt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Auf Wunsch (Wunschkaiserschnitt)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Gründe? _____ |

Befinden des Neugeborenen

Geburtsgewicht: _____ g

Gab es nach der Geburt Anpassungsschwierigkeiten beim Kind? Ja Nein
Welche? _____

Befinden der Mutter nach der Geburt

Hatten Sie (Mutter)/hatte die Mutter nach der Geburt psychische Schwierigkeiten?

| | Ja | Nein | |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|
| „Babyblues“ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie lange? _____ |
| Postpartale Depression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie lange? _____ |
| andere Störung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wie lange? _____ |
| Welche? | | | _____ |

Wurde das Kind gestillt? Ja Nein
Wie lange? _____

Traten Ernährungsprobleme auf? Ja Nein
Welche? _____

Nun möchte ich Ihnen einige Fragen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes stellen.
Wann hat Ihr Kind folgende Fähigkeiten erworben?

Motorik:

Sitzen: seit: _____
Krabbeln: seit: _____
Laufen: seit: _____

Gab es jemals motorische Schwierigkeiten? Ja
Welche? _____
Beginn? _____

Sprache:

Erste Worte: seit: _____
Vollständige Sätze: seit: _____
Spricht bis heute nicht:

