



**Liebe Eltern,
der Fragebogen hilft uns in der Vorbereitung auf den Untersuchungstermin Ihres Kindes.
Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und vertraulich!**

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Wohnort, Straße

Landkreis

Telefon / Fax / E-Mail

Krankenversicherung

Hauptversicherter

Überweisender Arzt

Name:

Geb.dat.:

Name:

Adresse:

Bei wem lebt das Kind?

Eltern Mutter Vater Sonst.:

Wer hat das Sorgerecht?

Eltern Mutter Vater Sonst.:

Ausbildung Mutter

Schulabschluss..... Berufsausbildung.....

Ausbildung Vater

Schulabschluss..... Berufsausbildung.....

Aktueller Beruf

Mutter..... Vater.....

Einrichtungen

Besucht Ihr Kind den Kindergarten ? Ja, seit geplant ab Nein

Name des Kindergartens

Art des Kindergartens

Adresse

Telefon

Erzieher/-in

Besucht Ihr Kind die Schule ? Ja, seit geplant ab Nein

Name der Schule

Schulart

Adresse

Telefon

Lehrer/-in

Wohnt Ihr Kind im Internat oder in einer Einrichtung ? Ja Nein

Name der Einrichtung

Adresse

Telefon

Ansprechpartner/-in

Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung ? Ja, seit geplant ab Nein

Name der Frühförderstelle

Adresse

Telefon

Ansprechpartner/-in

Fördersituation

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien ? Wenn ja, seit wann und wie oft ?

	seit bzw. von-bis	wie oft?
Krankengymnastik	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Ergotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Logopädie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Wer führt die Therapie durch ?

Krankengymnastik Bobath Vojta Sonst.:

Name der Einrichtung / Praxis

Adresse

Telefon

Therapeut/-in

Ergotherapie

Name der Einrichtung / Praxis

Adresse

Telefon

Therapeut/-in

Logopädie

Name der Einrichtung / Praxis

Adresse

Telefon

Therapeut/-in

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt ? (z.B. Heilpädagogik, Psychotherapie, Reittherapie, Musiktherapie o.ä.; bitte beschreiben)

.....

.....

Sozialrechtliche und Familienunterstützende Hilfen

Nehmen Sie Unterstützung durch eine der folgenden Stellen in Anspruch ?

Familienentlastender Dienst	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sozialpädagogische Familienhilfe / Unterstützung Jugendamt	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Häusliche Krankenpflege	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Sonstige Hilfen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung ?

Pflegegeld: Ja Nein beantragt

Pflegestufe: I II III

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen ?

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein beantragt

Grad der Behinderung 50 60 70 80 90 100

Merkmale: G H B aG BI RF GI

→ Das Wichtigste:

→ Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

→ Welche Hilfen erwarten Sie?

Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?

Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes:

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname: _____ Geburtsjahr: _____

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister) ?

Schwangerschaft und Geburt

Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?

Ja im Jahr _____ im _____ Schwangerschaftsmonat Nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

Ja Nein

- Blutungen
- schweres Erbrechen
- Unfälle/Operationen
- Bluthochdruck
- fieberhafte Erkrankungen
- vorzeitige Wehen
- wenig Kindsbewegungen
- zu wenig Fruchtwasser
- seelische Belastungen, beruflicher Stress
- Alkohol
- täglich _____ Zigaretten
- andere Drogen
- Medikamente
- welche _____

sonstige Komplikationen _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin:

Ja

Nein, sondern nur bis _____ Wochen vor dem Termin
sondern bis _____ Wochen nach dem Termin

Die Geburt erfolgte im _____ Krankenhaus in _____

zu Hause

Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?

Ja Nein

- Mehrlingsgeburt
 - Beckenendlage
 - Störungen der kindlichen Herztöne
 - Kaiserschnittentbindung
 - Saugglocke
 - grünes Fruchtwasser
 - besonders lange Geburt
 - besonders schnelle Geburt
 - andere _____
-

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?

5 Minuten _____ 10 Minuten _____ pH-Wert _____

Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?

_____ Gramm schwer und _____ cm lang, Kopfumfang bei Geburt _____ cm

Zur Neugeborenenzeit (erste 4 Lebenswochen):

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

Ja, in _____ Nein

Dauer des stationären Aufenthaltes? _____

War Ihr Kind auffällig gelb?

Ja, Höhe des größten Bilirubinwertes? _____ Nein

Musste Ihr Kind beatmet werden?

Ja, über _____ Tage Nein

Gab es in den ersten Lebenswochen Trinkprobleme?

Ja Nein

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

Ja Nein

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?

Ja, auffallende Bewegungsarmut Nein
 auffallende Unruhe
 häufiges Spucken
 Schiefhaltungen, Asymmetrien
 Anfälle
 Schreckhaftigkeit
 häufiges Schreien
 Sonstiges _____

Krankheiten Ihres Kindes

Gab es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein
 Ja, _____ im _____ Lebensjahr
_____ im _____ Lebensjahr
_____ im _____ Lebensjahr
_____ im _____ Lebensjahr

Impfungen Ihres Kindes

- Ja, nach Plan
- Nein
- Zusätzliche (Welche ? _____)

Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)

- Gezieltes Greifen** _____ Monate
- Umdrehen von Rücken- in Bauchlage _____ Monate
- Freies Sitzen** _____ Monate
- Krabbeln _____ Monate
- Selbständiges Gehen** _____ Monate
- Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter _____ Monate
- Erste Zweiwortsätze** _____ Monate
- Zeigt auf benannte Körperteile _____ Monate
- Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“) _____ Monate
- Tagsüber sauber und trocken _____ Monate
- Kennt Grundfarben _____ Monate
- Zählt zurzeit sicher bis: _____

Kindergarten und Schule

Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme?

- Ja Nein

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

- Ja, weil _____ Nein

Mein Kind besucht die _____ Klasse.

Einschulungsjahr _____

Stärken hat er/sie in

Schwächen/Probleme in

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule/ Kindergarten?

Ja _____

Nein

Spiel und Verhalten

Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?

Ja _____

Nein

Was und wie spielt Ihr Kind?

**Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder
Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:**

Wurde Ihr Kind wegen seiner Auffälligkeiten oder Krankheiten an anderer Stelle bereits untersucht?

Ja

Nein

Wann? _____ Wo? _____

Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder, etc. bei)

Welche Diagnosen wurden Ihnen mitgeteilt?

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja _____ Nein

**Sind Sie mit Ihrem Kind noch in einer zusätzlichen Betreuung ?
(z.B. Arzt, Psychologe, Beratungsstelle?)**

Ja Nein
wenn ja, wo? _____

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?

Ja, welche? _____ Nein

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?

Ja, zuletzt _____ Nein
wie häufig _____
wie lange _____

Wie sehen die Anfälle aus?

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten.

Datum, Unterschrift