



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	☐ Ja ☐ Nein		
Ergotherapie	☐ Ja ☐ Nein		
Logopädie	☐ Ja ☐ 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	☐ Ja ☐ Nein
Sozialpädagogische Familienhilfe / Unterstützung Jugendamt	☐ Ja ☐ Nein
Häusliche Krankenpflege	☐ Ja ☐ Nein
Haushaltshilfe / Nachbarschaftshilfe	☐ Ja ☐ Nein
Sonstige Hilfen:	☐ Ja ☐ 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
Merkzeichen:	☐ G ☐ H ☐ B ☐ aG ☐ BI ☐ RF ☐ Gl

➔ **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	
wie häufig	
wie lange	

☐ Nein

Wie sehen die Anfälle aus?

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

Datum, Unterschrift

--