



Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes

**ZENTRUM
KINDER + JUGEND
MEDIZIN**
INN-SALZACH-ROTT

VINZENZ-VON-PAUL-STRASSE 14
84503 ALTÖTTING

DR. MED. STEFAN VLAHO
ÄRZTLICHER LEITER

WWW.KINDERZENTRUM.DE

TELEFON 086 71 / 509-900

FAX 086 71 / 509-999

MAIL@KINDERZENTRUM.DE

Liebe Eltern und Erziehungsberechtigte,

Sie haben sich an uns gewandt, weil Sie für Ihr Kind und sich Hilfe und Unterstützung suchen. Um Ihnen bestmöglich helfen zu können, brauchen wir Ihre Mitarbeit. Deshalb haben wir einen Fragebogen erstellt, der uns helfen soll, Ihr Kind kennen zu lernen.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so weit es Ihnen möglich ist aus und senden ihn an uns zurück.

Wenn Sie Vorbefunde haben, legen Sie diese in Kopie bitte bei, ebenso eine Kopie des letzten Zeugnisses.

Um vom ersten Termin an effektiv zu arbeiten, erfolgt die Terminvergabe erst nach Eingang des – auch unvollständig – ausgefüllten Fragebogens.

Alle Angaben sind freiwillig und unterliegen natürlich der ärztlichen Schweigepflicht.

- A. Personalien
- B. Vorstellungsgrund
- C. Bisherige Entwicklung
- D. Familiensituation

A. PERSONALIEN

männlich

weiblich

Name und Vorname Ihres Kindes

Geburtsdatum Ihres Kindes

Name der Mutter

Geburtsdatum

Name des Vaters

Geburtsdatum

Anschrift

Telefon

Mobilnummer

E-Mail

Bei welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert

Name des Hauptversicherten

Geburtsdatum

Überweisender Kinderarzt

Anschrift des überweisenden Arztes

Telefonnummer des überweisenden Arztes

B. VORSTELLUNGSGRUND

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

Welche Hilfen erwarten Sie durch uns?

Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z. B. Schule, Kindergarten, Tagesstätte)? Bitte fragen Sie nach und legen ggf. Berichte in Kopie bei!

Wer hat Ihnen empfohlen, zu uns zu kommen?

Welche Fördermaßnahmen und Therapien erhält Ihr Kind bereits und von wem?
Bitte fügen Sie entsprechende Berichte in Kopie bei!

Krankengymnastik seit: _____

Ergotherapie seit: _____

Logopädie seit: _____

Frühförderung seit: _____

Psychotherapie seit: _____

Heilpädagogik seit: _____

Sonstiges: z. B. Sprachheilkindergarten, Körperbehindertenkindergarten o. ä. seit: _____

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein?

Nein Ja, welche? _____

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Nein Ja, legen Sie bitte den Entlassungsbericht in Kopie bei! _____

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Nein Ja, weshalb? _____

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt?
Bitte legen Sie die entsprechenden Befunde in Kopie bei!

Blutuntersuchung: nicht auffällig auffällig

MRT/Kernspin: nicht auffällig auffällig

Hirnwasseruntersuchung/Lumbalpunktion: nicht auffällig auffällig

EEG/Hirnstrommessung: nicht auffällig auffällig

Sonstige: _____

Hat/Hatte Ihr Kind epileptische Anfälle?

Nein Ja, zuletzt _____

Wie häufig treten Anfälle auf? _____ Wie lange dauert ein Anfall? _____

Besteht deswegen eine medikamentöse Behandlung? Nein Ja, mit welchem Medikament? _____

C. BISHERIGE ENTWICKLUNG

Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes.

Schwangerschaft und Geburt

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit? Nein ICSI IVF Andere: _____

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft? Nein Ja, welche?
Blutungen Fieber OP Unfall Sonstige: _____

Durchführung einer Fruchtwasseruntersuchung? Nein Ja, Ergebnis: _____

Nikotin? Nein Ja Alkohol? Nein Ja Medikamente? Nein Ja, welche? _____

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?
Ja Nein, zu früh, wie viele Tage/Wochen _____ Nein, zu spät, wie viele Tage/Wochen _____

Wo erfolgte die Geburt? im Krankenhaus, wo? _____ zu Hause Geburtshaus

Wie wurde Ihr Kind geboren? Normal Kaiserschnitt Saugglocke Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten? Nein Ja, welche? _____

Wie waren die Maße Ihres Kindes bei Geburt? Gewicht (g): _____ Länge (cm): _____ Kopfumfang (cm): _____

Zur Neugeborenenzeit (ersten 4 Wochen nach der Geburt)

Musste Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden? Nein Ja, bitte legen Sie den Entlassungsbericht in Kopie bei! _____

Musste Ihr Kind beatmet werden? Nein Ja, wie lange? _____

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen? Nein Ja, welche? _____

Gab es in den ersten Wochen Trinkprobleme? Nein Ja _____

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen? Nein Ja
auffallende Bewegungsarmut auffallende Unruhe häufiges Spucken Krampfanfälle Schreckhaftigkeit
häufiges Schreien Sonstiges: _____

Bewegungsentwicklung

Greifen nach Gegenständen mit _____ Monaten

Drehen von Rücken- in Bauchlage mit _____ Monaten

Freies Sitzen mit _____ Monaten

Krabbeln mit _____ Monaten

Freies Laufen mit _____ Monaten

Fahrradfahren mit Stützrädern mit _____ Jahren, Fahrradfahren ohne Stützräder mit _____ Jahren

Bei was erschien Ihr Kind ungeschickt _____

Sprachentwicklung

Erste 2-3 sinnvolle Wörter mit _____ Monaten

Zeiwortsätze mit _____ Monaten, Mehrwortsätze mit _____ Monaten

Wortschatz kleiner als 20 Wörter 20-50 Wörter über 200 Wörter

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf? Nein Ja, welche Sprachen werden erlernt und welche ist die hauptsächlich benutzte Sprache? _____

Hören und Sehen

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft? Ja Nein

Wann? Befund auffällig? Nein Ja, was?

Wurde die Hörfähigkeit Ihres Kindes von einem HNO-Arzt überprüft? Ja Nein

Wann? Befund auffällig? Nein Ja, was?

Sauberkeit

Tagsüber sauber und trocken mit Jahren

Nachts sauber und trocken mit Jahren

Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war? Ja Nein

Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es sauber war? Ja Nein

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung? Ja Nein

Schlaf

Hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf? Nein Ja, von bis Uhr

Wann legen Sie Ihr Kind abends ins Bett? Uhr

Wann steht es morgens auf? Uhr

Wann schläft Ihr Kind abends ein? Uhr

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf?

Wo schläft Ihr Kind? im eigenen Bett im eigenen Zimmer bei den Eltern mit Geschwistern

Essen und Trinken

Kann Ihr Kind alleine Essen? Ja Nein

Isst Ihr Kind feste Kost? Ja Nein

Kann Ihr Kind alleine aus dem Becher trinken? Ja Nein

Kenntnisse und Verhalten / Welche Stärken bzw. besondere Fähigkeiten hat Ihr Kind?

Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf?

Angst / Unsicherheit Seit wann? Wo besonders?

Unruhe / Ungeduld Seit wann? Wo besonders?

Aggressivität / Wut Seit wann? Wo besonders?

Nichteinhalten von Regeln Seit wann? Wo besonders?

Unwillkürliche Bewegungen Seit wann? Wo besonders?

Wie bringt sich Ihr Kind in neue Situationen ein? problemlos zögerlich gar nicht

Gibt es sonst etwas, was Sie beunruhigt?

Betreuungssituation

Ihr Kind besucht: Hort Krippe Kindergarten von _____ bis _____ Uhr

An wie vielen Tagen pro Woche? _____

Gibt es dort Auffälligkeiten?

Im Arbeitsverhalten Nein Ja, welche? _____

Im Sozialverhalten Nein Ja, welche? _____

Im Sprachverhalten Nein Ja, welche? _____

In der Fein- und Grobmotorik Nein Ja, welche? _____

Schule

Klassenstufe _____ Schulart _____

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? _____

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? _____

Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden? Ja Nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig? Ja Nein, mit wem? _____

Wie lange dauern die Hausaufgaben? _____

Gibt es oft Streit mit Mitschülern? Ja Nein

Bitte legen Sie Zeugnisse und eine Schriftprobe Ihres Kindes in Kopie bei!

Freunde / Spielen

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? _____

Wie lange spielt es dieses Spiel am Stück? _____

Spielt Ihr Kind gerne mit anderen alleine beides

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen wurden? _____

D. FAMILIENSITUATION

Familienstand der Eltern:

- verheiratet zusammen lebend geschieden
 getrennt lebend allein erziehend wieder verheiratet

Wer hat das Sorgerecht?

- beide Elternteile Mutter Vater
 Institution

Das Kind lebt mit:

- Eltern Mutter Vater
 Pflegeeltern Heim Großeltern
 Stiefmutter Stiefvater neuem Partner/in

Das Kind ist das:

- leibliche Kind Stiefkind Adoptivkind Pflegekind

Geschwisterkinder

Vorname:

Geburtsdatum:

Auffälligkeiten:

1

2

3

4

5

Ist eines der Geschwisterkinder krank?

Hatte die Mutter Fehl-/Totgeburten?

Sind Kinder verstorben? Nein Ja, woran?

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie? Nein Ja, welche?

Besteht eine Blutsverwandtschaft zwischen Elternteilen (z. B. Cousin oder Cousine)? Ja Nein

Herkunftsland der Eltern:

Muttersprache:

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland?

Leibliche Mutter

Schulabschluss:

Erlenter Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Leiblicher Vater

Schulabschluss:

Erlenter Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Falls sich die Familiensituation für Ihr Kind geändert hat, bitten wir Sie um dieselben Angaben für die aktuell wichtigen Bezugspersonen (Lebensgefährten, Stiefeltern, Pflege- oder Adoptiveltern):

Weibliche Bezugsperson

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

Nationalität:

Schulabschluss:

Erlenter Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Männliche Bezugsperson

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

Nationalität:

Schulabschluss:

Erlenter Beruf:

Jetzige Tätigkeit:

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen ausgefüllt von:

Ort / Datum:

Unterschrift aller Sorgeberechtigter
