



FRAGEBOGEN ZUR VORGESCHICHTE DES KINDES

Name, Vorname:	Krankenkasse mit Ort:
Geburtstag:	Versicherten-Nr.:
Geschlecht: <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich	Krankenkassen-Nr.:
Staatsangehörigkeit:	Status: (siehe Versichertenkarte)
Straße:	Über wen ist das Kind versichert? <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Mutter
PLZ / Wohnort:	
Landkreis:	
Lebt bei den Eltern: <input type="radio"/> ja	
Wenn nein, bei wem:	
Anschrift:	
Gesetzlicher Vertreter: <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater	
anderer:	
Adresse/Telefon:	

VATER

Name, Vorname:

Telefon:

Mobil:

Email:

Geburtstag:

Arbeitgeber:

Beihilfeberechtigt: ja nein

Beruf:

Berufstätig: nein ganztags halbtags

Staatsangehörigkeit:

MUTTER

Name, Vorname:

Telefon:

Mobil:

Email:

Geburtstag:

Arbeitgeber:

Beihilfeberechtigt: ja nein

Beruf:

Berufstätig: nein ganztags halbtags

Staatsangehörigkeit:

STIEF-, PFLEGE-, ADOPTIV-ELTERN

Name, Vorname:

Telefon:

Mobil:

Email:

Geburtstag:

Arbeitgeber:

Beihilfeberechtigt: ja nein

Beruf:

Berufstätig: nein ganztags halbtags

Staatsangehörigkeit:

Kinderarzt / -ärztin, Hausarzt / -ärztin oder Einrichtung / Person, die Sie an uns verwiesen hat:

.....
(Name und genaue Anschrift, Tel.-Nr.)

Wer ist der behandelnde Kinderarzt / -ärztin, Hausarzt / -ärztin:

.....
(Name und genaue Anschrift, Tel.-Nr.)



WESHALB MÖCHTEN SIE IHR KIND VORSTELLEN?

IN WELCHEM BEREICH SEHEN SIE BEI IHREM KIND PROBLEME?

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Körperbeherrschung und Bewegung | <input type="radio"/> Verhalten |
| <input type="radio"/> Intelligenzentwicklung | <input type="radio"/> Umgang und Spiel mit anderen Kindern |
| <input type="radio"/> Sprachentwicklung | <input type="radio"/> Erziehung |
| <input type="radio"/> Aggressivität | <input type="radio"/> schulische Leistungen |
| <input type="radio"/> Stimmungsschwankungen | <input type="radio"/> Wachstum und Körperbau |
| <input type="radio"/> Ernährung | <input type="radio"/> Wutanfälle |
| <input type="radio"/> Migräne/Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Einnässen/Einkoten |
| <input type="radio"/> Schlafstörungen | <input type="radio"/> Lesen, Schreiben, Rechnen |
| <input type="radio"/> Konzentrationsschwierigkeiten | <input type="radio"/> Rückzug |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | |

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

.....

.....

.....

.....

.....

Welche Hilfe und Untersuchungen erwarten Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind besonders?

.....

.....

.....

.....

.....



FRAGEN ZUR SCHWANGERSCHAFT

- Die wievielte Schwangerschaft war es?
- Hatte die Mutter früher Fehlgeburten? Wann?
- Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter Jahre, Vater Jahre
- Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente ein? Ja Nein
- Welche?
- Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? Nein Ja, wie oft?
- Haben Sie während der Schwangerschaft geraucht? Nein Ja, wieviele?
- Zeigten Ultraschall-Untersuchungen Auffälligkeiten? Welche?
- Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z.B.:
- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Blutungen/drohende Fehlgeburt | <input type="radio"/> Operationen |
| <input type="radio"/> hoher Blutdruck/ EPH-Gestose | <input type="radio"/> Zuckerkrankheit |
| <input type="radio"/> Infektionskrankheiten | <input type="radio"/> seelische Belastungen |
| <input type="radio"/> Andere (bitte angeben) | |

FRAGEN ZUR GEBURT

- In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden?
- Errechneter Geburtstermin:
- Entbindung:
- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="radio"/> termingerecht | <input type="radio"/> zu frühTage/Wochen | <input type="radio"/> zu spätTage/Wochen |
|-------------------------------------|--|--|
- War das Fruchtwasser grün zu viel zu wenig
- War die Nachgeburt (Plazenta) auffällig zu klein vernarbt
- Gab es Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.:
- | | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Zwillinge | <input type="radio"/> Steißlage | <input type="radio"/> Kaiserschnitt | <input type="radio"/> Saugglocke |
| <input type="radio"/> andere (bitte beschreiben) | | | |

FRAGEN ZUM NEUGEBORENE

- Siehe U1 und U2 im Vorsorgeheft:
- Gewichtg
- Längecm
- Kopfumfangcm
- Hat ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? Ja Nein
- Wurde ihr Kind beatmet? Ja Nein Wie lange?
- Nabelarterien pH-Wert: Apgarwerte
- Wurde ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? Ja Nein
- Anschrift
- Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf wie z.B.
- | |
|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Infektionen |
| <input type="radio"/> Krampfanfälle |
| <input type="radio"/> andere |



WIE HAT SICH IHR KIND IN DEN ERSTEN JAHREN ENTWICKELT

In welchem Alter begann es,

sie anzublicken

zu lächeln

zu greifen

sich zu drehen

frei zu sitzen

zu krabbeln

frei zu gehen

erste Worte zu sprechen

kurze Sätze zu sprechen

Tagsüber sauber zu werden

Nachts sauber zu werden

Nässt/kotet wieder ein, seit wann

BEGINN DER PUBERTÄT

Befindet sich noch nicht in der Pubertät

Bei Mädchen: erste Monatsblutung im Alter von

Bei Jungen: Stimmbruch im Alter von

WAS SPIELT IHR KIND BESONDERS GERNE?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NIMMT IHR KIND MEDIKAMENTE EIN?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FRAGEN ZU FAMILIE, KINDERGARTEN UND SCHULE

Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf sowie aller anderen Kinder, die in der Familie leben

Name	Geburtsdatum	welche Schulart und Klasse (bzw. berufl. Ausbildung)	besondere Probleme oder Krankheiten

Sind die Eltern

- verheiratet in eheähnlicher Gemeinschaft seit
- getrennt, seit geschieden, seit

Bei Scheidung/Trennung der Eltern, wie häufig ist der Kontakt zum anderen Elternteil?

überhaupt nicht, seit

etwa alle Wochen, bzw. Monate

Wer betreut Ihr Kind, wenn es von der Schule/Kindergarten nach Hause kommt?

.....

.....

.....

Welche weiteren Personen leben zusammen mit Ihrem Kind im gleichen Haushalt und üben einen Einfluss auf die Erziehung aus?

.....

.....

.....

Sind sich die Eltern/Bezugspersonen hinsichtlich der Erziehungsmaßnahmen im Allgemeinen einig?

- ja
- häufig uneinig
- entfällt, da nur ein Elternteil erzieht

Wie ist das Verhältnis zwischen Kind und Eltern?

- Besseres Verhältnis zur Mutter
- Besseres Verhältnis zum Vater
- Verhältnis zu Mutter und Vater gleich gut
- Verhältnis zu Mutter und Vater gleich schlecht



FRAGEN ZU FAMILIE, KINDERGARTEN UND SCHULE

Wie verträgt sich das Kind mit seinen Geschwistern?

(Bitte jeweils angeben, um welches Geschwister es sich handelt.)

- Im Allgemeinen gut
- Nicht so gut, mit
- Schlecht, mit
- Entfällt, da keine Geschwister
- Häufigster Anlass zu Streit

Hat es Freunde/Freundinnen?

- Ja, Anzahl
- Nein

Mögen Sie diese Freunde/Freundinnen?

- Ja
- Einen/einige nicht, weil.....

Wie häufig verbringt das Kind seine Freizeit mit Freunden?

- Fast täglich
- Nicht täglich, sondern
- Ist lieber für sich allein

Wie verträgt sich Ihr Kind in der Gruppe?

- Kommt gut mit anderen aus
- Sucht andere zu beherrschen
- Leicht durch andere zu beeinflussen
- Will häufig alles bestimmen
- Nimmt anderen gerne etwas weg
- Zwickt, stößt, schlägt andere häufig
- Wird von anderen häufig gezwickt, gestoßen oder geschlagen
- Beschimpft andere oft
- Wird oft von anderen beschimpft
- Prahlt gerne vor anderen, gibt an
- Zieht sich oft zurück
- Wird von anderen wenig beachtet oder gemieden
- Sonstiges

Besucht(e) Ihr Kind eine(n)

- Krabbelstube
- Kindergarten
- Kinderhort für Schulkinder
- Schulvorbereitende Einrichtung (SVE)
- Tagesstätte
- Internat

Adresse und Tel

.....



FRAGEN ZU FAMILIE, KINDERGARTEN UND SCHULE

Wie ist/war dort das Verhalten Ihres Kindes?

ohne Probleme

es gab Schwierigkeiten, weil

Krabbelstube

Kindergarten

Kinderhort

SVE

Tagesstätte

Internat

Unterricht

Welche Schule besucht(e) Ihr Kind?

- Schule mit besonderem Förderangebot
- Diagnose- und Förderklasse
- Grundschule FOS
- Mittelschule Berufsschule
- Realschule Gymnasium
- Sonstige

Adresse und Tel:.....

Wie heißt die Klassenlehrerin/der Klassenlehrer?

Aktuell in Klasse

Jahr der Einschulung

- Vorzeitige Einschulung Überspringen der Klasse(n)
- Verspätete Einschulung (Zurückstellung) Wiederholen der Klasse(n)

Regelmäßigkeit des Schulbesuchs

- verspätet sich oft
- schwänzt häufig
- regelmäßig
- zeitweise keine Schule besucht, von bis
- fehlt oft, wegen.....

Geht das Kind gern zur Schule?

- Im Allgemeinen ja nein hat regelrecht Angst vor der Schule

Gibt es Probleme beim Lernen/bei den Hausaufgaben? Wenn ja welche ?

.....
.....

Ist die Versetzung in die nächste Klasse gefährdet?

- nein ja, wegen der Fächer



UNTERSUCHUNGEN UND BEHANDLUNGEN

Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?

Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?

Beruf oder Therapiestelle *) Name, Anschrift	Wann? on/bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

*) z.B. prakt. Kinderarzt, Augenarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopädie, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopädie, Psychologe, Frühförderstelle, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle, Psychotherapeut

Wurde Ihr Kind bereits stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	Wann? von/bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär)

- EEG
- Psychologischer Test
- Computertomogramm (z.B. Kopf)
- Schlaf-Entzugs-EEG
- EKG
- Lese-Rechtschreibtest
- Kernspintomogramm
- Hörprüfung
- Leistungstest / Intelligenztest
- und andere ergänzende Angaben:
- Pädaudiologische Abklärung

.....

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:

.....

Datum:

.....

Unterschrift beider Sorgeberechtigter

Hiermit versichere ich, dass alle Sorgeberechtigten mit der Behandlung des genannten Patienten einverstanden sind.