



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		
Straße, Hausnummer		
PLZ Ort Landkreis		
Telefon / Fax / E-Mail		
Krankenversicherung		
Hauptversicherter	Name:	Geb.dat.:
Überweisender Arzt	Name:	
	Adresse:	

Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Wer hat das Sorgerecht?	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Ausbildung Mutter	Schulabschluss.....Berufsausbildung.....
Ausbildung Vater	Schulabschluss.....Berufsausbildung.....
Aktueller Beruf	Mutter.....Vater.....

Einrichtungen

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

Name der Einrichtung	
Art der Einrichtung	
Ansprechpartner/-in / Telefon	

Fördersituation

Bekommt Ihr Kind Frühförderung? Ja, seit geplant ab Nein

Name der Frühförderstelle	
Ansprechpartner/-in / Telefon	

Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Wenn ja, seit wann und wie oft?

Physiotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie oft?
	Ansprechpartner, Name, Telefon	
Ergotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Ansprechpartner, Name, Telefon	
Logopädie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Ansprechpartner, Name, Telefon	
Psychotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Ansprechpartner, Name, Telefon	

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

.....
.....

Sozialrechtliche und Familienunterstützende Hilfen

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 Bl 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 Nein

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?

- Nein

- Ja, _____

War Ihr Kind eine Frühgeburt?

- Ja, in der _____ Schwangerschaftswoche

Die Geburt erfolgte

- im Krankenhaus
 zu Hause

Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?

- Nein

- Ja, _____

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):

Gab es innerhalb der ersten 4 Lebenswochen Probleme oder Komplikationen?

Nein

Ja, _____

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

Ja, in _____

Nein

Krankheiten Ihres Kindes

Gab, oder gibt es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein

Ja, _____

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 bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

Ja Nein

Wann? _____ Wo? _____ Diagnose? _____

Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?

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

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?

Ja _____ Nein

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

--