



Kinderarzt /-ärztin, Hausarzt/-ärztin oder Einrichtung/Person/ (Name und genaue  
Anschrift, Tel.-Nr.) die Sie an uns verwiesen hat: .....

.....

## Weshalb möchten Sie Ihr Kind vorstellen?

### In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung und<br>Bewegung      | <input type="checkbox"/> schulische Leistungen  |
| <input type="checkbox"/> Verhalten                               | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen  |
| <input type="checkbox"/> Intelligenzentwicklung                  | <input type="checkbox"/> Wachstum und Körperbau |
| <input type="checkbox"/> Umgang und Spiel mit anderen<br>Kindern | <input type="checkbox"/> Ernährung              |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung                       | <input type="checkbox"/> Anfälle                |
| <input type="checkbox"/> Erziehung                               | <input type="checkbox"/> Migräne/Kopfschmerzen  |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität                           | <input type="checkbox"/> Einnässen/Einkoten     |
|  | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen        |
|  | <input type="checkbox"/> 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....., Vater ..... Jahre

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente ein?  Ja  nein

Welche? .....

Zeigten Ultraschall-Untersuchungen Auffälligkeiten? Welche? .....

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z.B.:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blutungen/drohende Fehlgeburt | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit        |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck/ EPH-Gestose  | <input type="checkbox"/> seelische Belastungen  |
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten         | <input type="checkbox"/> Andere (bitte angeben) |
| <input type="checkbox"/> Operationen                   | .....   |

## Fragen zur Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? .....

Errechneter Geburtstermin: .....

Entbindung:  termingerecht  zu früh .....Tage/Wochen

zu spät..... Tage/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.:

Zwillinge  Steißlage  Kaiserschnitt  Saugglocke

andere (bitte beschreiben) .....

## Fragen zum Neugeborenen

Siehe U1 und U2 im Vorsorgeheft

Gewicht.....g Länge .....cm Kopfumfang .....cm

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.

Infektionen  Krampfanfälle  andere.....

.....

## Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Lebensjahre entwickelt ?

In welchem Alter begann es,

Sie anzublicken		frei zu gehen	
zu lächeln		erste Worte zu sprechen	
zu greifen		kurze Sätze zu sprechen	
sich zu drehen		Tagsüber sauber zu werden	
frei zu sitzen		Nachts sauber zu werden	
zu krabbeln		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 (ein) Medikament(e) ein?

Nein  Ja Präparat/Name.....Dosis in.... mg Schema z.B. „1-0-0“

## Fragen zu Familie, Kindergarten und Schule

### Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf und aller anderen Kinder, die in der Familie leben (außer das angemeldete Kind)

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

### 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)

Adresse .....

**Wie ist/war dort Verhalten?**

	ohne Probleme	es gab Schwierigkeiten, weil
Krabbelstube	<input type="radio"/>	
Kindergarten	<input type="radio"/>	
Kinderhort	<input type="radio"/>	
SVE	<input type="radio"/>	

**Welche Schule besucht(e) Ihr Kind?**

- Diagnose- und Förderklasse                       Grundschule                       Mittelschule
- Schule mit besonderem Förderangebot .....
- Realschule    Gymnasium    Mittelschule M-Zug    Sonstige: .....

Adresse und Tel: .....

Wie heißt die Klassenlehrerin/der Klassenlehrer? .....

Klasse .....                      Jahr der Einschulung .....

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

**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? von- bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

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

**In welcher Klinik wurde Ihr Kind 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)  
 Kernspintomogramm    Hörprüfung       und andere ergänzende Angaben

.....  
**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:**

..... Datum: .....

**Unterschrift Erziehungsberechtigte:**

.....