

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
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
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?

.....
.....
.....
.....

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:

.....