



## Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

Vorzugsweise Termine gewünscht in:  Regensburg  Schwandorf  Weiden

Name, Vorname:..... Geburtstag:.....

männlich  weiblich Staatsangehörigkeit:.....

Straße:..... Landkreis:.....

Postleitzahl:..... Wohnort:.....

Lebt bei den Eltern:  ja  Wenn nein, bei wem und wo: .....

.....

Sorgerecht:  alleine  gemeinsam

gesetzlicher Vertreter/Sorgerecht:  Spalte 1  Spalte 2  Spalte 3

Spalte	1 Mutter	2 Vater	3 Stief-, Pflege-, Adoptiv- Eltern, Vormund, o.ä.
Telefon			
Mobil			
Faxnummer			
Email			
Name, Vorname:			
Geburtstag:			
Arbeitgeber:			
Beihilfeberechtigt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beruf:			
Berufstätig	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ganztags <input type="radio"/> halbtags
Staatsangehörigkeit:			

Krankenkasse mit Ort:		Versicherten-Nr.:	
Krankenkassen-Nr.:		Status: (siehe Versichertenkarte)	
Über wen ist das Kind versichert?	<input type="radio"/> Vater	<input type="radio"/> Mutter	

Schule/ Klasse: ..... Kinderarzt/Ort: .....

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

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

**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, Psychologie, 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:**

.....