

Name: _____ geb.: _____ Datum: _____

Fragen an die Eltern

Ich bitte Sie, mir auf diesem Bogen einige Fragen zu beantworten. Ihre Angaben sollen mir helfen, möglichst umfassend und gezielt auf die Bedürfnisse Ihres Kindes einzugehen.

Bei den "ja/nein-Fragen" kreuzen Sie bitte an, was auf Sie bzw. Ihr Kind zutrifft. Natürlich können mit diesem Fragebogen nicht sämtliche Einzelheiten berücksichtigt werden. Möglicherweise passen daher einige Fragen nicht genau auf Ihre Situation.

Entscheiden Sie sich aber bitte trotzdem für eine Antwort und kreuzen die Möglichkeit an, die am ehesten zutrifft.

Name und Adresse der Eltern:

Name:

Wohnort:

Straße:

Telefon.: Fax:

Email:

Berufstätigkeit

- des Vaters: ganztags halbtags

- der Mutter: ganztags halbtags

Name des Kindes: geb. am:

Geburtsort: Geburtszeit:

Geschwister	Name	Alter
1.		
2.		
3.		

Schule: Klasse: Lehrer:

.....

Grund der Behandlung:

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

1. Geburt des Kindes

- In welcher Schwangerschaftswoche wurde Ihr Kind geboren?
- kam es zur Welt ohne Komplikationen
 - per Kaiserschnitt (geplant) Notkaiserschnitt mit Saugglocke mit Zange
- Entnehmen Sie für folgende Fragen die Angaben aus dem Untersuchungsheft Ihres Kindes
Gewicht:, Größe:, APGAR-Werte:/...../.....
- Gab es irgendwelche Besonderheiten an Ihrem Baby während/nach der Geburt?
 - Steißlage Querlage Sauerstoffmangel Nachlassen der Herztöne
 - Verformung des Schädels viele blaue Flecken Nabelschnurvorfall
 - lange Fingernägel Waschfrauenhände grünes Fruchtwasser
 - Neugeborenenengelbsucht künstliche Beatmung Wärmebettchen
 - Brutkasten (Dauer:)
- War Ihr Baby eine Zeitlang von Ihnen getrennt, bevor es Ihnen übergeben wurde?
Wie lange? Warum?
- War eine medizinische Behandlung irgendeiner Art erforderlich? Welche?
.....
.....
.....

2. Entwicklung des Kindes

- Wurden vom Kinderarzt irgendwelche Auffälligkeiten ins Untersuchungsheft eingetragen?
.....
.....
.....
- Wie lange haben Sie Ihr Kind gestillt?
- Hatte Ihr Kind Schwierigkeiten beim Saugen an der Brust, Trinken aus der Flasche?
- Hat es viel gespuckt?
- Wann konnte Ihr Kind seinen Kopf hochhalten?
- War Ihr Kind in den ersten 6 Lebensmonaten ein auffallend ruhiges Baby, so ruhig, dass Sie manchmal befürchteten, es sei in seinem Bettchen gestorben?
.....
- War Ihr Kind zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat sehr aktiv und fordernd?
 Schief es wenig? Schrie es ständig? Musste es herumgefahren/herumgetragen werden?
- Bewege/bewegt Ihr Kind den Kopf/Oberkörper hin und her zur Beruhigung?
- Stieß/stößt Ihr Kind absichtlich mit dem Kopf gegen feste Gegenstände?
- Als Ihr Kind alt genug war, in der Karre zu sitzen oder sich im Kinderbett zum Stand hochzuziehen, bewegte es sich heftig schaukelnd hin und her, so dass sich Karre oder Bett mitbewegten?
- Wann hat es gelernt zu sitzen:
- Wann hat es gelernt zu krabbeln:
- Wie viele Monate ist es gekrabbelt:
- Hat es sich anders als krabbelnd fortbewegt? Wie?
- Wann hat es gelernt zu laufen:
- Wann hat es gelernt zu schwimmen:
- Welche Schwierigkeiten gab es beim Schwimmenlernen?
- Ist es mehr unter Wasser als über Wasser geschwommen?
- Wann hat Ihr Kind das Fahrradfahren gelernt?
- Gab es dabei Schwierigkeiten? Welche?
- Wann hat es gelernt, Schuhe zu binden:
- Ab welchem Alter war Ihr Kind trocken, tagsüber: nachts:
- Machte Ihr Kind auch noch nach dem Alter von 5 Jahren gelegentlich ins Bett?

- Lutschte Ihr Kind am Daumen? rechts oder links ? Wie lange?
- War es in den ersten Lebensjahren eine gewisse Zeit von der Mutter getrennt?
Warum?.....
- Gab es Probleme mit der Wahrnehmung (Sehen)? **ja** **nein**
Welche?
- Gab es Probleme mit der Wahrnehmung (Hören)? **ja** **nein**
Welche?
- War (ist) Ihr Kind sehr ruhig? **ja** **nein**
- Ist Ihr Kind auffallend langsam? **ja** **nein**
- War (ist) Ihr Kind sehr unruhig, zappelig? **ja** **nein**

3. Sprachliche Entwicklung

- Hat Ihr Kind "gebabbelt"? **ja** **nein**
- Wann hat es erste Wörter gesprochen?.....
- Wann Zwei-Wort-Sätze?
- Wann in ganzen Sätzen?
- Gab es Auffälligkeiten beim Sprechen wie Stottern, **ja** **nein**
 - Lispeln **ja** **nein**
 - Poltern **ja** **nein**
 - undeutliches Sprechen **ja** **nein**
 - grammatikalisch falsches Sprechen **ja** **nein**
- Spricht Ihr Kind sehr wenig ? **ja** **nein**
- Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Lese-, Rechtschreibschwäche **ja** **nein**
 - bzw. Rechenschwäche? **ja** **nein**
 - bzw. Lernschwierigkeiten? **ja** **nein**
- Zeigte Ihr Kind im Vorschulalter bereits irgendwelche **ja** **nein**
Auffälligkeiten?
Welche?.....

4. Soziale Entwicklung

- Wie ist die Beziehung Ihres Kindes zu seinen Freunden?
.....
- War (ist) Ihr Kind schüchtern ? **ja** **nein**
- Hatte (hat) es Probleme, zu anderen Kindern Kontakt aufzunehmen? **ja** **nein**
- Kann Ihr Kind sich gegenüber anderen Kindern durchsetzen? **ja** **nein**
- Hält es sich an Regeln und Abmachungen? **ja** **nein**
- Kann sich Ihr Kind selber beschäftigen? **ja** **nein**
- Malt und/oder bastelt es gerne? **ja** **nein**
- Welche Hobbies hat Ihr Kind?
.....
- Wie viele Stunden sieht Ihr Kind täglich fern?

4. Fragen zur Rechts-Linkshändigkeit

- Ist Ihr Kind ein eindeutiger Rechtshänder? **ja** **nein**
- Ist Ihr Kind ein eindeutiger Linkshänder? **ja** **nein**
- Wechselt Ihr Kind zwischen links und rechts hin und her? **ja** **nein**
- War Ihr Kind Linkshänder und wurde umgestellt? **ja** **nein**

5. Krankheiten des Kindes

– Welche Kinderkrankheiten hatte Ihr Kind? Zu welchem Zeitpunkt?

.....

- Wann wurden welche Impfungen vorgenommen?

.....

- Gab es irgendwelche Impfreaktionen (z.B. Fieber)? Welche?

.....

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| – War (ist) Ihr Kind häufig krank? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – Leidet/litt es oft unter Kopfschmerzen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – Leidet/litt es oft unter Bauchschmerzen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – Leidet/litt es oft unter Erkältungen? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – Leidet/litt es häufig unter Mittelohrentzündungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – Hatte/hat es Paukenröhrchen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – Hatte es Unfälle, Stürze? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| Welche? Wann?..... | | |

.....

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| – Stolpert(e) Ihr Kind oft oder fällt es häufig hin? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – War es stationär im Krankenhaus? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| – wenn "ja", warum? | | |

.....

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Ist Ihr Kind jemals durch Fremdeinwirkung bewusstlos geworden? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| - Wenn ja, für wie lange und unter welchen Umständen? | | |

.....

- Traten nach Krankheiten Rückschritte in der Entwicklung auf? Wenn ja, welche und zu welchem Zeitpunkt?.....

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Hatte/hat Ihr Kind epileptische Anfälle? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
| - Hatte Ihr Kind sehr hohes Fieber bzw. Fieberkrämpfe?
In welchem Alter? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Leidet/litt Ihr Kind unter Allergien?
Welche? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|

- | | | |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Leidet/litt Ihr Kind unter Ekzemen? (Warzen, Milchschorf, Neurodermitis, Windelsor,...) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
|---|---------------------------------|-----------------------------------|

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Leidet/litt Ihr Kind unter Asthma? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
|--------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Leidet/litt Ihr Kind unter Reisekrankheit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|

- Reagiert(e) Ihr Kind bei plötzlich auftretenden Geräuschen oder Bewegungen auffallend stark?.....

- | | | |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|
| - Leidet Ihr Kind unter Eßstörungen?
Welche | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |
|--|---------------------------------|-----------------------------------|

– Was isst Ihr Kind am liebsten?

– Was trinkt es täglich?

- Ist Ihr Kind zur Zeit in ärztlicher Behandlung? **ja** **nein**
 - wenn "ja", warum?
 - bei welchem Arzt?
 - Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente? **ja** **nein**
 - wenn ja, welche?.....
 - Ist/war Ihr Kind in kieferorthopädischer Behandlung? **ja** **nein**
 - wenn ja, bei wem?
 - Behandlung: Platte, Bionator, Frenkel, Platzhalter, Headgear,
 Multiband, Nance, Lingualarch, Retainer, Lipbumper, Quad helix,
 pal bar
 - Waren bzw. sind Sie besorgt um die Entwicklung Ihres Kindes?
 - wenn "ja", warum
-
-

6. Schulische Entwicklung

- Wie alt war Ihr Kind bei der Einschulung?
 - Hat Ihr Kind ein Schuljahr wiederholt? **ja** **nein**
 - wenn "ja", welches?.....
 - Hat Ihr Kind die Schule gewechselt? **ja** **nein**
 - Welche Noten hatte Ihr Kind im letzten Zeugnis?
Deutsch:Mathe: Sachkunde: Sport:
 - Fremdsprachen: musische Fächer:.....
 - Gibt es in der Schule Probleme in Bezug auf die Lehrkraft? **ja** **nein**
 - Gibt es in der Schule Probleme in Bezug auf die Klassenkameraden? **ja** **nein**
 - wenn "ja", welche?
-
- Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, still zu sitzen, und wird es deswegen ständig vom Lehrer ermahnt?
 - Macht Ihr Kind zahlreiche Fehler, wenn es vom Buch, von der Tafel abschreibt?
 - Wenn Ihr Kind in der Schule einen Aufsatz schreibt, verdreht es dabei gelegentlich Buchstaben? lässt es einzelne Buchstaben oder Wörter aus? Macht es zahlreiche Rechtschreibfehler? Vergisst es, Satzzeichen zu setzen?
 - Ist es in der Schule leicht ablenkbar? **ja** **nein**
 - Klagt es über die Lautstärke im Klassenzimmer? **ja** **nein**
 - Wieviel Zeit braucht Ihr Kind ungefähr für die täglichen Hausaufgaben?
 - Wann beginnt es mit den Hausaufgaben?.....
 - Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbständig? **ja** **nein**
 - Unterbricht es die Aufgaben häufig? **ja** **nein**
 - Sitzen Sie häufig neben Ihrem Kind und helfen ihm? **ja** **nein**
 - Korrigieren Sie einen Fehler sofort? **ja** **nein**
 - Sehen Sie die Hausaufgaben am Ende durch? **ja** **nein**

7. Bisherige Behandlungen

- Hat Ihr Kind schon früher eine Förderung bzw. Therapie erhalten? **ja** **nein**
- wenn "ja", bei wem?
- wie lange?
- mit welchem Erfolg?.....

Fragen an die Mutter

1. Angaben zur Schwangerschaft Ihres ____ Kindes:

Haben Sie vor der Schwangerschaft die Pille genommen? ja nein

Wenn ja, wie lange?

War das Kind sowohl von Ihrem Mann, als auch von Ihnen erwünscht? ja nein

Liegt eine künstliche Befruchtung vor? ja nein

Haben Sie geraucht? Wenn ja, wieviel?

vor der Schwangerschaft

während der Schwangerschaft

nach der Schwangerschaft

Haben Sie während der Schwangerschaft Alkohol getrunken? ja nein

Wenn ja, was/wieviel?

Waren Sie während der Schwangerschaft berufstätig? ja nein

Standen Sie während der Schwangerschaft unter (starkem) emotionalem Stress? ja nein

nähere Angaben:.....

.....

.....

.....

Mußten Sie während der Schwangerschaft schwer tragen? ja nein

Hatten Sie irgendwelche medizinischen Probleme als Sie mit Ihrem Kind schwanger waren?

Zwischenblutung Gebärmutterhalsschwäche (Cerclage, Bettruhe) starkes Erbrechen

vorzeitige Wehen (wehenhemmende Mittel, Bettruhe) Neigung zur urogenitalen

Infektion Schwangerschaftsdiabetes Ödeme Toxoplasmose Röteln

Windpocken Virusinfektionen (wann?) Herpes simplex

Virus Zytomegalie Virus Operation längere Bettruhe (wie lange?))

Unfall Sturz Einnehmen von Medikamenten (welche?))

Präeklampsie Sonstiges

Platz für nähere Angaben:

.....

.....

.....

Sind diagnostische Verfahren während der Schwangerschaft erfolgt? Wann?

Ultraschall:

Röntgen:

Amnionzentese:

Chorionbiopsie:

Triple Test:

Wieviel Kilo haben Sie während der Schwangerschaft zugenommen? (Mutterpass)

.....

Waren/sind Sie Vegetarier? ja nein

