



Liebe Eltern,

dieser Fragebogen hilft uns bei der Vorbereitung auf den Termin Ihres Kindes bei uns. Bitte füllen Sie ihn in Absprache mit dem Kinderarzt vollständig aus. Alle Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig und werden streng vertraulich behandelt!

Allgemeine Angaben

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ / Ort / Landkreis

Krankenversicherung

Hauptversicherte/r

Telefon / Fax / E-Mail

Geboren:

Bei wem lebt das Kind?

☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonst.:

Wer hat das Sorgerecht?

☐ Eltern ☐ Mutter ☐ Vater ☐ Sonst.:

Mutter

Schulabschluss:

Berufsausbildung:

Vater

Schulabschluss:

Berufsausbildung:

Aktueller Beruf

Mutter:

Vater:

Das Wichtigste zuerst

Was macht Ihnen Sorgen bei Ihrem Kind und weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Hilfen erwarten Sie?

Medizinische Fragestellung (vom überweisenden Kinderarzt auszufüllen):

Praxisstempel, Datum

Krankheiten und Beschwerden Ihres Kindes

Zu dem Problem, wegen dem Sie zu uns kommen: wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

(bitte legen Sie Kopien von Arztberichten, Befunden, MRT-Bildern etc. bei)

Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind epileptische Anfälle? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wann zuletzt?

Wie häufig sind sie?

Wie lange dauern sie?

Wie genau sehen die Anfälle aus?

Gab oder gibt es weitere medizinische Probleme (andere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden)? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche?

Angaben zur Familie

Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?

Vorname/n, Geburtsjahr/e:

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern?

Ja,... bei...

Bisherige Entwicklung Ihres Kindes

So gut Sie sich erinnern:

Gezieltes Greifen

Umdrehen von Rücken- in Bauchlage

Freies Sitzen

Krabbeln

Selbständiges Gehen

Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter

Erste Zweiwortsätze

Zeigt auf benannte Körperteile

Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“)

Tagsüber sauber und trocken

Kennt Grundfarben

Er/sie zählt zurzeit sicher bis:

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

... im Alter von _____ Monaten

Fördersituation Ihres Kindes

Erhält Ihr Kind Frühförderung?

☐ Nein

☐ Ja, seit _____

☐ geplant ab _____

Name der Einrichtung _____

Kontaktperson & Telefon _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?

Physiotherapie

☐ Ja ☐ Nein

Wie oft? _____

Kontaktperson: _____

Ergotherapie

☐ Ja ☐ Nein

Wie oft? _____

Kontaktperson: _____

Logopädie

☐ Ja ☐ Nein

Wie oft? _____

Kontaktperson: _____

Psychotherapie

☐ Ja ☐ Nein

Wie oft? _____

Kontaktperson: _____

Erhält oder erhielt Ihr Kind andere Therapien? ☐ Nein ☐ Ja, seit _____ ☐ geplant ab _____

Wenn ja, welche? _____ Wie oft? _____

Sozialrechtliche Förderung und familienunterstützende Hilfen

Werden Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen?

Pflegegeld: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt

Pflegegrad: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung / Schwerbehinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis: ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt

Grad der Behinderung ☐ 50 ☐ 60 ☐ 70 ☐ 80 ☐ 90 ☐ 100

Merkzeichen: ☐ G ☐ H ☐ B ☐ aG ☐ BI ☐ RF ☐ GI ☐ TBI

Gibt es familienunterstützende Maßnahmen? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Angaben zu Ihrem Kind: Schwangerschaft und Geburt

Gab es Fehl- oder Totgeburten?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, wann?

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, was und wann?

Erfolgte die Geburt im Krankenhaus?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn nein, wo?

Wurde Ihr Kind zu früh geboren?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, in welcher Woche?

Gab es bei der Geburt Komplikationen?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Welche Werte zur Geburt sind im gelben Vorsorgeheft verzeichnet?

Gewicht und Länge:

Kopfumfang:

pH-Wert:

APGAR-Werte:

Angaben zur Neugeborenenzeit Ihres Kindes (erste 4 Lebenswochen)

Gab es Probleme oder Komplikationen?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche?

Wurde Ihr Kind in einer Kinderklinik betreut?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, in welcher?

Mit welchen Diagnosen?

Impfungen

Ist Ihr Kind nach den Empfehlungen der ständigen Impfkommission (StiKo) geimpft?

☐ Nein

☐ Ja

Falls zusätzliche Impfungen: welche?

Kindergarten und Schule

Aktuell: Besuch von Kindergarten / Schule?

☐ Nein

☐ Ja, seit _____ ☐ geplant ab _____

Name der Einrichtung _____

Art der Einrichtung _____

Kontaktperson & Telefon _____

Mein Kind geht aktuell in die
Einschulungsjahr _____

Klasse _____

Gibt es Probleme in Kindergarten oder Schule?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Wurde Ihr Kind später eingeschult?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, warum? _____

Stärken und Schwächen

Stärken hat er/sie in _____

Schwächen/Probleme hat er/sie in _____

Spiel und Verhalten

Gibt es Verhaltensprobleme in der Einrichtung (Schule oder Kindergarten)?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Gibt es Verhaltensprobleme zuhause?

☐ Nein

☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Was und wie spielt Ihr Kind?

Vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben, unsere Fragen zu beantworten!

Datum, Unterschrift _____