
	<h2>Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes</h2> <p> <b>Ärztliche Leitung:</b> Prof. Dr. med. T. Rupprecht  <b>Fachärztliche Leitung:</b> OÄ Dr. Almut Hirsch  <b>Kinderorthopädische Leitung:</b> PD Dr. med. F. R. Abel         </p>	 <p> <b>KLINIKUM BAYREUTH GMBH</b>            SPZ Bayreuth            Hohe Warte 8            95445 Bayreuth            Tel.: 0921 - 400 3770            Fax: 0921 - 400 3779         </p>
---	---	---

### Liebe Eltern,

im Folgenden haben wir einige Fragen zusammengestellt, die uns zum Kennenlernen Ihres Kindes wichtig erscheinen.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen soweit wie möglich aus und senden Sie ihn, mit allen verfügbaren Befunden in Kopie, per Post an die obige Adresse oder bringen ihn zum ersten Termin mit.**

Sollte Ihnen das Ausfüllen des Fragebogens Schwierigkeiten bereiten, ist Ihnen ggf. Ihr Kinderarzt behilflich.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

### Personalien des Kindes

Name, Vorname, Geburtsdatum

---

männlich

weiblich

### Personalien Eltern:

Name, Geburtsdatum der Mutter: \_\_\_\_\_

Name, Geburtsdatum des Vaters: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### In welcher Krankenkasse ist Ihr Kind versichert?

Name, Geburtsdatum des Hauptversicherten: \_\_\_\_\_

Kinderarzt: \_\_\_\_\_

Anschrift/Telefonnummer des überweisenden Arztes: \_\_\_\_\_

## Vorstellungsgrund

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

---

---

---

---

Welche Hilfen erwarten Sie von uns?

---

---

---

---

Gibt es besondere Fragestellungen behandelnder Ärzte, Therapeuten oder betreuender Einrichtungen (z.B. Schule, Kindergarten)? **Bitte fragen Sie nach und legen ggf. Berichte in Kopie bei!**

---

---

---

---

Wer hat Ihnen empfohlen zu uns zu kommen?

---

Welche Fördermaßnahmen und Therapien erhält Ihr Kind bereits, und von wem?  
**Bitte fügen Sie entsprechende Berichte in Kopie bei!**

Krankengymnastik: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Ergotherapie: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Logopädie: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Frühförderung: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Psychotherapie: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Heilpädagogik: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Sonderpädagogik: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Sonstige z.B. Sprachheilkindergarten, Körperbehindertenkindergarten o.ä:

---

---

Nimmt oder nahm Ihr Kind dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche?

---

---

Sind für ihr Kind bereits Hilfsmittel vorhanden, wenn ja welche? (z.B. Rolli, Orthesen etc.)

---

---

War Ihr Kind schon einmal im Krankenhaus?

Nein

Ja, legen Sie bitte den Entlassungsbericht in Kopie bei!

Wurde Ihr Kind schon einmal operiert?

Nein

Ja, Weshalb?

---

---

---

Welche Untersuchungen wurden bisher durchgeführt? **Bitte legen Sie die entsprechenden Kopien bei!**

Blutuntersuchung

Hirnwasseruntersuchung / Lumbalpunktion

MRT / Kernspin

EEG / Hirnstrommessung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Hat(te) Ihr Kind epileptische Anfälle?

Nein

Ja; Zuletzt wann? \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_ Wie häufig? \_\_\_\_\_

### **Bisherige Entwicklung**

Schwangerschaft und Geburt:

Erfolgte eine Behandlung wegen Unfruchtbarkeit?

Nein

IVF

ICSI

Andere \_\_\_\_\_

---

Gab es Besonderheiten in der Schwangerschaft?

Nein

OP

Blutungen

Unfall

Fieber

Durchführung einer Fruchtwasseruntersuchung?

Nein

Ja; Ergebnis: \_\_\_\_\_

Nikotin?

Nein

Ja

Alkohol?

Nein

Ja

Medikamente?

Nein

Ja; welche? \_\_\_\_\_

Dauerte die Schwangerschaft bis zum errechneten Termin?

Ja

Nein; zu spät: wie viele Tage/ Wochen? \_\_\_\_

Nein; zu früh: wie viele Tage/ Wochen? \_\_\_\_

Wo erfolgte die Geburt?  
im Krankenhaus; welches? \_\_\_\_\_

zu Hause

Geburtshaus

Wie wurde Ihr Kind geboren?

Normal

Saugglocke

Kaiserschnitt

Zange

Gab es bei der Geburt Besonderheiten?

Nein

Ja; welche? \_\_\_\_\_

Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?

5 Minuten \_\_\_\_\_

10 Minuten \_\_\_\_\_

Wie waren die Maße Ihres Kindes bei der Geburt?

Gewicht: \_\_\_\_\_ g      Länge: \_\_\_\_\_ cm      Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Zur Neugeborenenzeit (ersten 4 Wochen nach der Geburt)

Musste Ihr Kind nach der Geburt in eine Kinderklinik verlegt werden?

Nein

Ja; bitte legen Sie den Entlassungsbericht in Kopie bei!

Musste Ihr Kind beatmet werden?

Nein

Ja; wie lange? \_\_\_\_\_

Gab es sonstige besondere Krankheiten in den ersten Lebenswochen?

Nein

\_\_\_\_\_

Ja; welche?

Gab es in den ersten Wochen Trinkprobleme?

Nein

Ja

Machte Ihnen in den ersten Lebenswochen sonst etwas Sorgen?

Nein

Krampfanfälle

auffallende Bewegungsarmut

Schreckhaftigkeit

auffallende Unruhe

häufiges Schreien

häufiges Spucken

Sonstiges \_\_\_\_\_

### **Entwicklung der Motorik**

Greifen nach Gegenständen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Drehen von Rücken- in Bauchlage mit \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Sitzen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Krabbeln mit \_\_\_\_\_ Monaten

Freies Laufen mit \_\_\_\_\_ Monaten

Fahrradfahren mit Stützrädern mit \_\_\_\_\_ Jahren

ohne Stützräder mit \_\_\_\_\_ Jahren

Bei was erschien Ihnen Ihr Kind ungeschickt?

\_\_\_\_\_

### **Entwicklung der Sprache**

Erste 2-3 sinnvolle Worte mit \_\_\_\_\_ Monaten

Zweiwortsätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Mehrwortsätze mit \_\_\_\_\_ Monaten

Wortschatz

kleiner als 20 Worte

50-200 Worte

20-15 Worte

über 200 Worte

Wächst Ihr Kind mehrsprachig auf?

Nein

Ja; welche Sprachen werden gelernt

und welches ist die hauptsächlich benutzte Sprache zu Hause? \_\_\_\_\_

## **Hören und Sehen**

Wurde die Sehfähigkeit Ihres Kindes von einem Augenarzt überprüft?

Nein

Ja; wann und was war auffällig? \_\_\_\_\_

Wurde die Hörfähigkeit von einem HNO-Arzt überprüft?

Nein

Ja; wann und was war auffällig? \_\_\_\_\_

## **Sauberkeit**

Tagsüber sauber und trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren; nachts sauber und trocken mit \_\_\_\_\_ Jahren

Nässt Ihr Kind wieder ein, nachdem es trocken war?

Nein

Ja

Kotet Ihr Kind wieder ein, nachdem es sauber war?

Nein

Ja

Neigt Ihr Kind zu Verstopfung?

Nein

Ja

## **Schlaf**

Hält Ihr Kind einen Mittagsschlaf?

Nein

Ja; von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr

Wann legen Sie Ihr Kind abends ins Bett? \_\_\_\_\_ Uhr

Wann steht es morgens auf? \_\_\_\_\_ Uhr

Wann schläft Ihr Kind abends ein? \_\_\_\_\_ Uhr

Wie oft wacht Ihr Kind nachts auf? \_\_\_\_\_ mal

Wo schläft Ihr Kind?

Im eigenen Bett

Im eigenen Zimmer

Bei den Eltern

Mit Geschwistern

### **Essen und Trinken**

Kann Ihr Kind alleine Essen?

Nein

Ja

Isst Ihr Kind feste Kost?

Nein

Ja

Kann Ihr Kind alleine aus dem Becher Trinken?

Nein

Ja

### **Kenntnisse und Verhalten**

Welche Stärken bzw. besonderen Fähigkeiten hat Ihr Kind?

---

Was fällt Ihnen bei Ihrem Kind auf?

Angst/ Unsicherheit                      seit \_\_\_\_\_ wo besonders: \_\_\_\_\_

Unruhe/ Ungeduld                      seit \_\_\_\_\_ wo besonders: \_\_\_\_\_

Aggressivität/ Wut                      seit \_\_\_\_\_ wo besonders: \_\_\_\_\_

Nichteinhalten von Regeln            seit \_\_\_\_\_ wo besonders: \_\_\_\_\_

Unwillkürliche Bewegungen          seit \_\_\_\_\_ wo besonders: \_\_\_\_\_

Wie bringt sich Ihr Kind in neue Situationen ein?

problemlos

gar nicht

zögerlich

Gibt es sonst etwas, was Sie beunruhigt?

---

### **Betreuungssituation**

Ihr Kind besucht; von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Uhr; an wie vielen Tagen pro Woche? \_\_\_\_\_

Kindergarten

Krippe

Hort

Von wem wird Ihr Kind sonst betreut? \_\_\_\_\_

Gibt es dort Auffälligkeiten...

...im Arbeitsverhalten?

Nein

Ja; welche? \_\_\_\_\_

...im Sozialverhalten?

Nein

Ja; welche? \_\_\_\_\_

...im Sprachverhalten?

Nein

Ja; welche? \_\_\_\_\_

...in der Fein- oder Grobmotorik?

Nein

Ja; welche? \_\_\_\_\_

## **Schule**

Klassenstufe \_\_\_\_\_ Schulart \_\_\_\_\_

In welchem Fach ist Ihr Kind gut? \_\_\_\_\_

In welchem Fach hat Ihr Kind Probleme? \_\_\_\_\_

Sind Sie mit den Schulleistungen zufrieden?

Ja

Nein

Macht Ihr Kind die Hausaufgaben selbstständig?

Ja

\_\_\_\_\_

Nein; mit wem

Wie lange dauern die Hausaufgaben? \_\_\_\_\_

Gibt es oft Streit mit Mitschülern?

Ja

Nein

**Bitte legen Sie Zeugnisse und eine Schriftprobe Ihres Kindes in Kopie bei!**

## **Freunde/ Spielen**

Welche Spiele spielt Ihr Kind gerne? \_\_\_\_\_

Wie lange spielt es dieses Spiel am Stück? \_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind gerne

mit anderen

beides

alleine

Gibt es sonstige Probleme, die nicht angesprochen werden?

\_\_\_\_\_



## Familiensituation

Familienstand der Eltern?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> verheiratet     | <input type="checkbox"/> getrennt lebend    |
| <input type="checkbox"/> zusammen lebend | <input type="checkbox"/> allein erziehend   |
| <input type="checkbox"/> geschieden      | <input type="checkbox"/> wieder verheiratet |

Wer hat das Sorgerecht?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> beide Elternteile | <input type="checkbox"/> Institution: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mutter            |   |
| <input type="checkbox"/> Vater             |   |

Das Kind lebt mit?

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Eltern       | <input type="checkbox"/> Großeltern        |
| <input type="checkbox"/> Mutter       | <input type="checkbox"/> Stiefmutter       |
| <input type="checkbox"/> Vater        | <input type="checkbox"/> Stiefvater        |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeltern | <input type="checkbox"/> neuem Partner/ in |
| <input type="checkbox"/> Heim         |  |

Das Kind ist das:

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> leibliche Kind | <input type="checkbox"/> Adoptivkind |
| <input type="checkbox"/> Stiefkind      | <input type="checkbox"/> Pflegekind  |

Geschwisterkinder; Vorname; Geburtsdatum; Auffälligkeit:

---

---

Ist eines der Geschwisterkinder krank?

---

Hatte die Mutter Fehl-/ Totgeburten?

---

Sind Kinder verstorben?

- |                               |   |
|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja; woran? _____ |
|-------------------------------|---|

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie?

- |                                      |       |
|--------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Nein        | _____ |
| <input type="checkbox"/> Ja; welche? |       |

Besteht Blutsverwandtschaft zwischen den Elternteilen (z.B. Cousin und Cousine)?

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Herkunftsland der Eltern: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland? \_\_\_\_\_

Leibliche Mutter  
Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Leiblicher Vater  
Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Falls sich die Familiensituation für Ihr Kind geändert hat**, bitten wir Sie um dieselben Angaben für die aktuell wichtigen Bezugspersonen (Lebensgefährten, Stiefeltern, Pflege- oder Adoptiveltern):

**Ersatz- Mutter**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Ersatz- Vater**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Schulabschluss: \_\_\_\_\_

Erlerner Beruf: \_\_\_\_\_

Jetzige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Fragebogen ausgefüllt von:

---

Ort/ Datum: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des/ der Sorgeberechtigten (bei gemeinsamen Sorgerecht bitte beide Elternteile!)

**BITTE BEACHTEN SIE, DASS FÜR SIE EIN TERMIN RESERVIERT WIRD. SOLLTE UNS DER AUSGEFÜLLTE FRAGEBOGEN SPÄTESTENS ZWEI WOCHEN VOR DEM VEREINBARTEN TERMIN NICHT VORLIEGEN ERFOLGT DIE TERMINABSAGE!**

HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

WIR FREUEN UNS AUF SIE!