

## Fragebogen zur Entwicklungsgeschichte Ihres Kindes

### 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 bringen ihn, mit allen verfügbaren Vorbefunden 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  ICSI

IVF

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

15-20 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  Bei den Eltern  
 Im eigenen Zimmer  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?

verheiratet

getrennt lebend

zusammen lebend

allein erziehend

geschieden

wieder verheiratet

Wer hat das Sorgerecht?

beide Elternteile

Vater

Mutter

Institution: \_\_\_\_\_

Das Kind lebt mit?

Eltern

Großeltern

Mutter

Stiefmutter

Vater

Stiefvater

Pflegeeltern

neuem Partner/ in

Heim

Das Kind ist das:

leibliche Kind

Adoptivkind

Stiefkind

Pflegekind

Geschwisterkinder; Vorname; Geburtsdatum; Auffälligkeit:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ist eines der Geschwisterkinder krank?

\_\_\_\_\_

Hatte die Mutter Fehl-/ Totgeburten?

\_\_\_\_\_

Sind Kinder verstorben?

Nein

Ja; woran? \_\_\_\_\_

Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie?

Nein

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

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

Nein

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!)

**HERZLICHEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!**

**WIR FREUEN UNS AUF SIE!**