



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 _____ Geboren: _____

Telefon / Fax / E-Mail _____

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	... im Alter von _____	Monaten
Umdrehen von Rücken- in Bauchlage	... im Alter von _____	Monaten
Freies Sitzen	... im Alter von _____	Monaten
Krabbeln	... im Alter von _____	Monaten
Selbständiges Gehen	... im Alter von _____	Monaten
Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter	... im Alter von _____	Monaten
Erste Zweiwortsätze	... im Alter von _____	Monaten
Zeigt auf benannte Körperteile	... im Alter von _____	Monaten
Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“)	... im Alter von _____	Monaten
Tagsüber sauber und trocken	... im Alter von _____	Monaten
Kennt Grundfarben	... im Alter von _____	Monaten
Er/sie zählt zurzeit sicher bis:	_____	

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	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____
Ergotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____
Logopädie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie oft? _____ Kontaktperson: _____
Psychotherapie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> 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 Schwerbehinderung getroffen?

Schwerbehindertenausweis: Ja Nein beantragt
Grad der Behinderung 50 60 70 80 90 100
Merkzeichen: G H B aG Bl RF Gl

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 _____ Klasse
Einschulungsjahr _____

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 _____ , _____