



**Liebe Eltern,  
der Fragebogen hilft uns in der Vorbereitung auf den Untersuchungstermin Ihres Kindes.  
Alle Angaben sind selbstverständlich freiwillig und vertraulich!**

<b>Name, Vorname des Kindes</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Straße, Hausnummer</b>	
<b>PLZ Ort Landkreis</b>	
<b>Telefon / Fax / E-Mail</b>	
<b>Krankenversicherung</b>	
<b>Hauptversicherter</b>	Name: Geb.dat.:
<b>Überweisender Arzt</b>	Name: Adresse:

<b>Bei wem lebt das Kind?</b>	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
<b>Wer hat das Sorgerecht?</b>	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Ausbildung Mutter	Schulabschluss.....Berufsausbildung.....
Ausbildung Vater	Schulabschluss.....Berufsausbildung .....
Aktueller Beruf	Mutter.....Vater.....

**Einrichtungen**

**Besucht Ihr Kind den Kindergarten / Schule?**  Ja, seit .....  geplant ab .....  Nein

Name der Einrichtung

Art der Einrichtung

Ansprechpartner/-in / Telefon

**Fördersituation**

**Bekommt Ihr Kind Frühförderung?**  Ja, seit .....  geplant ab .....  Nein

Name der Frühförderstelle

Ansprechpartner/-in / Telefon

**Bekommt oder bekam Ihr Kind eine der folgenden Therapien oder Diagnostik?**

**Wenn ja, seit wann und wie oft?**

<b>Physiotherapie</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Wie oft?
	Ansprechpartner, Name, Telefon	
<b>Ergotherapie</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Ansprechpartner, Name, Telefon	
<b>Logopädie</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Ansprechpartner, Name, Telefon	
<b>Psychotherapie</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
	Ansprechpartner, Name, Telefon	

Werden noch andere als die aufgeführten Therapien durchgeführt? (z.B. Heilpädagogik, Reittherapie, Musiktherapie o.ä.; bitte beschreiben)

.....  
.....

**Sozialrechtliche und Familienunterstützende Hilfen**

Besteht ein Anspruch auf Pflegegeld im Rahmen der Pflegeversicherung?

**Pflegegeld:**  Ja  Nein  beantragt

**Pflegestufe:**  I  II  III

Wurde eine Feststellung über das Vorliegen einer Behinderung getroffen?

**Schwerbehindertenausweis:**  Ja  Nein  beantragt

Grad der Behinderung  50  60  70  80  90  100

Merkmale:  G  H  B  aG  BI  RF  GI

**➔ Das Wichtigste:**

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

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

**➔ Welche Hilfen erwarten Sie?**

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

**Von wem wurde die Vorstellung bei uns empfohlen?**

.....

**Wir benötigen einige Angaben über die Vorgeschichte Ihres Kindes:**

**Hat Ihr Kind Geschwister/Halbgeschwister?**

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

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

**Gibt es besondere oder chronische Krankheiten in der Familie (Eltern, Großeltern und Geschwister) ?**

---

---

---

---

---

## **Schwangerschaft und Geburt**

**Gab es vorausgegangene oder nachfolgende Fehlgeburten oder Totgeburten?**

- Ja                       Nein

---

**Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft?**

- Nein

- Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**War Ihr Kind eine Frühgeburt?**

- Ja, in der \_\_\_\_\_ Schwangerschaftswoche

**Die Geburt erfolgte**

- im Krankenhaus  
 zu Hause

**Gab es bei der Geburt Komplikationen oder Besonderheiten?**

- Nein

- Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche APGAR-Werte sind im Untersuchungsheft verzeichnet?**

5 Minuten \_\_\_\_\_                      10 Minuten \_\_\_\_\_                      pH-Wert \_\_\_\_\_

**Wie groß war Ihr Kind bei der Geburt?**

\_\_\_\_\_ Gramm schwer und \_\_\_\_\_ cm lang, Kopfumfang bei Geburt \_\_\_\_\_ cm

## Zur Neugeborenenzeit (erste 4 Lebenswochen):

Gab es innerhalb der ersten 4 Lebenswochen Probleme oder Komplikationen?

Nein

Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Musste Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt werden?

Ja, in \_\_\_\_\_

Nein

## Krankheiten Ihres Kindes

Gab, oder gibt es besondere Erkrankungen, Operationen, Unfälle oder Beschwerden?

Nein

Ja, \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Impfungen Ihres Kindes

Ja, nach Plan

Nein

Zusätzliche ( Welche ? \_\_\_\_\_ )

## Wie verlief die Entwicklung? (so gut Sie sich noch erinnern)

**Gezieltes Greifen** \_\_\_\_\_ Monate

Umdrehen von Rücken- in Bauchlage \_\_\_\_\_ Monate

**Freies Sitzen** \_\_\_\_\_ Monate

Krabbeln \_\_\_\_\_ Monate

**Selbständiges Gehen** \_\_\_\_\_ Monate

Erste 2 bis 3 sinnvolle Wörter \_\_\_\_\_ Monate

**Erste Zweiwortsätze** \_\_\_\_\_ Monate

Zeigt auf benannte Körperteile \_\_\_\_\_ Monate

Einfaches Rollenspiel („so tun als ob“) \_\_\_\_\_ Monate

Tagsüber sauber und trocken \_\_\_\_\_ Monate

Kennt Grundfarben \_\_\_\_\_ Monate

Zählt zurzeit sicher bis: \_\_\_\_\_

## Kindergarten und Schule

Gab oder gibt es im Kindergarten Probleme?

Ja

Nein

---

---

---

---

---

Wurde Ihr Kind von der Einschulung zurückgestellt?

Ja, weil \_\_\_\_\_

Nein

Mein Kind besucht die \_\_\_\_\_ Klasse.

Einschulungsjahr \_\_\_\_\_

**Stärken** hat er/sie in

---

---

**Schwächen/Probleme** in

---

---

Gibt es Verhaltensprobleme in der Schule/ Kindergarten?

Ja \_\_\_\_\_

Nein

---

---

## Spiel und Verhalten

Gibt es Verhaltensprobleme zu Hause?

Ja \_\_\_\_\_

Nein

---

---

---

---

**Was und wie spielt Ihr Kind?**

---

---

---

---

**Falls bei Ihrem Kind chronische Krankheiten oder  
Entwicklungsauffälligkeiten vorliegen:**

Wurde bei Ihrem Kind bereits eine Diagnose gestellt?

Ja  Nein

Wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_ Diagnose? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Untersuchungen sind dort durchgeführt worden?**

(Bitte legen Sie Kopien der Arztberichte, Röntgen, MRT-Bilder, etc. bei)

---

---

---

---

**Bekommt Ihr Kind regelmäßig Medikamente?**

Ja \_\_\_\_\_  Nein

\_\_\_\_\_

**Hat Ihr Kind irgendwelche Hilfsmittel?**

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein

**Hat Ihr Kind epileptische Anfälle?**

Ja, zuletzt \_\_\_\_\_  Nein

wie häufig \_\_\_\_\_

wie lange \_\_\_\_\_

Wie sehen die Anfälle aus?

---

---

---

---

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

Datum, Unterschrift