



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

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

Bei wem lebt das Kind?	<input type="radio"/> Eltern <input type="radio"/> Mutter <input type="radio"/> Vater <input type="radio"/> Sonst.:
Wer hat das Sorgerecht?	<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?

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

**➔ 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

--