



Fragebogen zur Vorgeschichte Ihres Kindes



Sozial-Pädiatrisches Zentrum

Bitte kleben Sie hier ein
aktuelles Foto von Ihrem Kind
ein.

Fragebogen zur Vorgeschichte Ihres Kindes (von den Eltern auszufüllen)

Angaben zu Ihrem Kind

Name	Straße
Vorname	PLZ, Wohnort
Geburtsdatum	Tel.
Staatsangehörigkeit	Krankenversicherung

Eltern

	Mutter	Vater
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Straße *		
PLZ, Wohnort *		
Tel. *		

* Soweit nicht mit den Angaben des Kindes übereinstimmend

Sorgeberechtigt ist/sind Vater Mutter beide Eltern
 Sonstige:

Ggfs. Name der Pflegeeltern	Ggfs. Ansprechpartner Jugendamt / Familienhilfe
Tel.-Nr.	Tel.-Nr.

Fragen zu den Schwierigkeiten Ihres Kindes

Kreuzen Sie bitte an, in welchen Bereichen Sie Probleme Ihres Kindes vermuten:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Körperbeherrschung/Bewegung | <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit, Konzentration | <input type="checkbox"/> Hörvermögen |
| <input type="checkbox"/> Sprachentwicklung | <input type="checkbox"/> Schulleistungen | <input type="checkbox"/> Sehvermögen |
| <input type="checkbox"/> Verhalten | <input type="checkbox"/> Wachstum | <input type="checkbox"/> Krampfanfälle |
| <input type="checkbox"/> Seelische Probleme | <input type="checkbox"/> Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Bitte beschreiben Sie die Sorgen, die Ihr Kind betreffen, mit eigenen Worten:
(Verwenden Sie bitte ggf. auch die Rückseite des Fragebogens)

Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten Entwicklungsauffälligkeiten bemerkten? _____

Fragen zu bisher aufgesuchten Ärzten, Beratungsdiensten und Therapien:

Wo haben Sie Ihr Kind wegen der **oben genannten Schwierigkeiten** bereits vorgestellt?

	Name	wann?
Kinderarzt	_____	_____
Augenarzt	_____	_____
HNO-Arzt	_____	_____
Orthopäde	_____	_____
Kinder- und Jugend- psychiater	_____	_____
Kinderkliniken	_____	_____
Frühförderstelle	_____	_____
Psychologische Beratungsstelle	_____	_____
Andere SPZ	_____	_____
Außerdem bei	_____	_____

Welche **Untersuchungen** wurden bei Ihrem Kind bereits durchgeführt?
(Bitte ggf. Befund beilegen.)

	Wo?	Ergebnis?	wann?
Hörprüfung	_____	_____	_____
Sehprüfung	_____	_____	_____
Kernspintomographie	_____	_____	_____
EEG	_____	_____	_____
Entwicklungstestung	_____	_____	_____
Andere	_____	_____	_____

Wurden oder werden bei Ihrem Kind **Behandlungen** durchgeführt?

	Therapeut, Grund der Behandlung	wann?
Krankengymnastik	_____	_____
Ergotherapie	_____	_____
Logopädie	_____	_____
Psychotherapie	_____	_____
Andere Therapien	_____	_____

Zur Vorgeschichte Ihres Kindes

Besonderheiten während der Schwangerschaft

	Schwanger- schaftsmonat		Schwanger- schaftsmonat
<input type="checkbox"/> Blutung	_____	<input type="checkbox"/> Unfälle	_____
<input type="checkbox"/> Vorzeitige Wehen	_____	<input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten	_____
<input type="checkbox"/> Schwangerschaftserbrechen	_____	<input type="checkbox"/> Operationen	_____
<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	_____	<input type="checkbox"/> Bestrahlungen	_____
<input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme	_____	<input type="checkbox"/> Diabetes	_____
<input type="checkbox"/> Alkohol	_____	<input type="checkbox"/> Rauchen	_____
<input type="checkbox"/> Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie			_____
<input type="checkbox"/> Fehl- o. Totgeburt in früheren Schwangerschaften			_____
<input type="checkbox"/> Seelische Belastung	_____		
<input type="checkbox"/> Sonstige Besonderheiten:	_____		
<input type="checkbox"/> keine Besonderheiten während der Schwangerschaft			

Zur Geburt Ihres Kindes

Wo wurde das Kind geboren?

- zu Hause
- in folgendem Krankenhaus: _____
- Die **Geburt** erfolgte
- zum errechneten Termin
- zu früh, in der _____ Schwangerschaftswoche
- zu spät, in der _____ Schwangerschaftswoche

War einer der **folgenden Eingriffe** notwendig? nein ja:

Saugglocke Geburtszange Kaiserschnitt

Gab es **Geburtskomplikationen** (z.B. Nabelschnurumschlingung, Herztonabfall, Beckenendlage, Querlage, Gesichtslage, auffällige Plazenta)?

Bestand eine **Mehrlingsschwangerschaft**?

- nein ja; das Kind war der Erstgeborene Zweitgeborene

Bitte schauen Sie jetzt in das gelbe Vorsorgeheft Ihres Kindes.

Bei der „U1“ finden Sie folgende Angaben:

Geburtsgewicht _____ Gramm, Länge _____ cm, Kopfumfang _____ cm.

APGAR (5 und 10 Min.) ____/____ NA-pH _____
(steht im Vorsorgeheft bei U1; z.B. 9/10)

Musste das Kind nach der Geburt **beatmet** werden? nein ja: _____ Tage

Bestanden irgendwelche **Auffälligkeiten** beim Kind? nein ja: _____

Wurde Ihr Kind nach Geburt in eine **Kinderklinik** verlegt?

- nein ja; nach: _____

Nun zur Neugeborenenzeit

Hatte Ihr Kind in den **ersten Lebenswochen** eine der folgenden Störungen oder Erkrankungen?

- Krämpfe Gelbsucht Infektion Trinkschwäche
- Erbrechen Fieber Blutgruppenunverträglichkeit
- Sonstiges: _____
- keine Probleme in den ersten Lebenswochen

Zum Essverhalten

Wird/wurde Ihr Kind gestillt? nein ja: _____ (wie lange?)

Wird Ihr Kind mit einer speziellen Kost ernährt?
 nein ja (bitte die Kost beschreiben):

(z.B. vegetarisch, vegan, sonstige spezielle Diät oder besondere Ernährung)

Fallen/fielen Ihnen beim Essen Besonderheiten auf (z.B. beim Saugen, Schlucken oder Kauen; vermehrter Speichelfluss, Ablehnung grober Kost)? Bitte beschreiben Sie:

Fragen zum Entwicklungsverlauf Ihres Kindes

Treten/traten im **Säuglingsalter** folgende Schwierigkeiten auf?

- Fütterprobleme andere Probleme: _____
- anhaltendes Schreien _____
- Schlafprobleme _____
- Spei- oder Spuckkind _____
- schwierig zu beruhigen _____
- Körperkontakt abweisend _____
- häufig unzufrieden wirken _____
- Allergie _____

Ungefähr in welchem **Alter** konnten Sie erstmals beobachten:

	Monat o. Jahr		Monat o. Jahr
Lächeln	_____	erste Wörter	_____
Greifen	_____	erste 2-Wort-Sätze	_____
Drehen	_____	Sauber, tags	_____
Krabbeln	_____	Sauber, nachts	_____
Freies Sitzen	_____	erster Zahn	_____
Freies Laufen	_____	Selbständig Anziehen	_____
Dreiradfahren (mit Treten und Lenken)	_____	Fahrradfahren	_____

Haben Sie bei Ihrem Kind einen **Entwicklungsstillstand** oder **Rückschritt** in der Entwicklung beobachtet?

Nein Ja; bitte beschreiben: _____

Nun zum Kindergarten-/Vorschulalter

	ja	etwas	nein
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, gegenständlich zu malen? (z.B. Haus, Männchen, Baum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es Ihrem Kind schwer, mit einer Schere auszuschneiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drückt Ihr Kind Stifte zu fest / hält es Stifte nicht im Dreifingergriff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Ungeschicklichkeit der Arme, Hände und Finger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Ihr Kind Hilfe beim Schließen von Knöpfen und Reißverschlüssen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wirkt die Bewegungssteuerung Ihres Kindes unkoordiniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeigt Ihr Kind Unsicherheiten beim Begehen von Treppen und unebenem Gelände?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat(te) Ihr Kind Schwierigkeiten , Fahrradfahren zu lernen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Kind in seiner Körpermotorik ungeschickt oder ängstlich? (z.B. beim Rennen, Klettern, Abhüpfen, Schaukeln, Ballfangen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blättert Ihr Kind Bilderbücher u.ä. nur rasch und oberflächlich durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde/wird beim Spielen mit Bauklötzen, Basteln, Malen häufig weggeschaut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde/wird Ihr Kind beim Betrachten eines Bilderbuches oft unruhig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hört Ihr Kind nur unkonzentriert , kurz oder unwillig bei Erklärungen, beim Erzählen, beim Vorlesen zu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Ihr Kind altersgemäße Anweisungen , Bitten, Fragen oft nicht richtig oder hört es diese gar nicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich z. B. Namen, Lieder oder Reime zu merken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Hat Ihr Kind **Schlafprobleme?** nein ja:
- Einschlafprobleme Häufiges nächtliches Erwachen
 - Durchschlafprobleme Schlafen nur im elterlichen Bett möglich

Zur Sauberkeit:

- Trocken seit dem _____ Lebensjahr erneutes Einnässen seit _____
- Stuhlkontrolle seit dem _____ Lebensjahr erneutes Einkoten seit _____

Wie oft hat Ihr Kind **Stuhlgang** (z.B. täglich, 3x pro Woche)? _____

Zur Pubertät:

Wenn Ihre Tochter in der **Pubertät** ist:

Erste Regel im Alter von _____ Jahren Regelblutung alle _____ Wochen

Nimmt Ihre Tochter die Pille ein? nein ja

Fragen zu früheren Erkrankungen

Hatte Ihr Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Hirnhautentzündung Schädelverletzung

Unfälle: _____

Ergänzende Angaben, Komplikationen:

Sind bei Ihrem Kind **Krampfanfälle** aufgetreten? nein ja:

Wann trat der erste Anfall auf? _____

Wie oft traten im letzten Jahr Anfälle auf? _____

Wann trat der letzte Anfall auf? _____

Beschreiben Sie die Anfälle: _____

Hat Ihr Kind eine **chronische Erkrankung?** (z.B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen...):

nein ja, bitte angeben: _____

Hat Ihr Kind eine **Allergie**: nein ja, gegen _____

Erhält Ihr Kind **regelmäßig Medikamente**?

nein ja: Name des Medikaments Menge/Dosierung

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

War Ihr Kind schon einmal **stationär in einer Klinik?** nein ja :

Name der Klinik Wann? Wie lange? Warum?

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Bitte fügen Sie diesem Fragebogen Kopien der Entlassbriefe bei!

Hat Ihr Kind **Sehstörungen**? nein ja, welche: _____

Hat Ihr Kind **Hörstörungen**? nein ja, welche: _____

Weitere Erkrankungen, die noch nicht erwähnt wurden? _____

Hat Ihr Kind eines der folgenden medizinischen **Hilfsmittel**? nein ja:

Brille Hörgerät Rollator Rollstuhl

Therapedreirad Schienen Spezialbett Stehständer

Sonstiges: _____

Fragen zur sozialen Entwicklung Ihres Kindes

Hauptbezugsperson(en) Ihres Kindes: Mutter Vater beide Eltern

Weitere sehr **wichtige Bezugspersonen** (Großeltern, Verwandte, Freunde):

Wenn Ihr Kind schon im **Kindergarten** war/ist: Name: _____

Wann kam Ihr Kind in den Kindergarten? _____

Gab es Probleme in der Eingewöhnungszeit? nein ja: _____

Gibt es derzeit Probleme im Kindergarten? keine leichte deutliche:

Bei welchen **weiteren Einrichtungen / Tagesmüttern** wurde Ihr Kind längere Zeit betreut?

Wenn Ihr Kind schon in der **Schule** ist: Schulart _____

Name _____

Wurde Ihr Kind von der **Einschulung** zurückgestellt? nein ja, bitte Gründe angeben: _____

Wann wurde Ihr Kind **eingeschult**? _____ (bitte Jahr angeben) Aktuelle Klasse: _____

Hat Ihr Kind eine **Klasse wiederholt**? nein ja: _____ (welche Klasse?)

Lebte Ihr Kind zeitweilig in einem **Heim**? nein ja: _____

Ist Ihr Kind ein **Adoptivkind / Pflegekind**? nein ja: _____

Lebt oder lebte das Kind in einer **Pflegefamilie**? nein ja: _____

Haben Sie für Ihr Kind schon einmal **gesetzliche Hilfe** in Anspruch genommen?

Jugendamt Sozialamt Versorgungsamt

Behindertenausweis Pflegegeld Sonstiges

Haben Sie bei Ihrem Kind eine der folgenden **Verhaltensauffälligkeiten** beobachtet?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit | <input type="checkbox"/> Zurückgezogenheit | <input type="checkbox"/> Wutausbrüche |
| <input type="checkbox"/> Aggressivität | <input type="checkbox"/> Tics | <input type="checkbox"/> Daumenlutschen |
| <input type="checkbox"/> Haare ausreißen | <input type="checkbox"/> Zähneknirschen | <input type="checkbox"/> Nägelbeißen |
| <input type="checkbox"/> Lügen | <input type="checkbox"/> Stehlen | <input type="checkbox"/> Selbstverletzung |
| <input type="checkbox"/> Fremdverletzung | <input type="checkbox"/> Auffällige Sexualentwicklung | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | | |

keine Verhaltensauffälligkeiten beobachtet

Besondere **Interessen und Fähigkeiten** Ihres Kindes:

Welche Neigungen, Interessen und Fähigkeiten hat Ihr Kind und welche Spiele bevorzugt es?

Wogegen hat Ihr Kind eine **besondere Abneigung**? (Spiele, Tätigkeiten):

Fragen zur **Umgebung Ihres Kindes**:

	Mutter	Vater
Schulabschluss	_____	_____
Erlerner Beruf	_____	_____
Ausgeübter Beruf	_____	_____
Staatsangehörigkeit	_____	_____
Ggf. Asylstatus/Visum/ Aufenthaltsberechtigung bis	_____	_____

Familienstand der Eltern: verheiratet unverheiratet getrennt lebend geschieden
Sind die Eltern blutsverwandt? ja nein

Geschwister des Kindes: (Vorname, Geburtsdatum, Halbgeschwister?)

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Wie viele Personen leben im **Haushalt**? _____ Haustiere? _____

Sind **gleiche oder ähnliche Probleme**, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon einmal in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen?

- nein ja, bitte beschreiben:

Gibt es eine der folgenden **Krankheiten oder Störungen** in der weiteren oder näheren Familie?

Bei wem? (z.B. Opa mütterlicherseits, Cousin des Vaters)

- Geistiger Entwicklungsrückstand _____
- Fehlbildungen _____
- Sehstörungen _____
- Hörstörungen _____
- Spastische oder sonstige Lähmung _____
- Bewegungsstörung _____
- Epilepsie _____
- Gemütskrankungen _____
- Asthma, Ekzem, Allergie _____
- Schulprobleme _____
- Stoffwechselkrankheit _____
- Aufmerksamkeitsstörung (ADS) _____
- Lese- Rechtschreibschwäche (LRS) _____
- Sonstiges _____

Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:

- Mutter Vater Sonstige: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Wir bedanken uns für Ihre Bemühungen! Bitte schicken Sie diesen Fragebogen mit den übrigen Unterlagen baldmöglichst zurück.