



Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

Name, Vorname: _____ Geburtstag: _____

männlich weiblich

Straße: _____ Landkreis: _____

Postleitzahl: _____ Wohnort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

lebt bei Eltern: ja nein

wenn nein, bei wem und wo: _____

gesetzlicher Vertreter: Mutter Vater anderer _____

E-Mail: _____ Tagsüber telefonisch erreichbar unter: _____

Krankenkasse mit Ort: _____ Versicherten-Nr.: _____

Krankenkassen-Nr.: _____ Status: _____ (siehe Versichertenkarte)

Über wen ist das Kind versichert: _____

	Vater	Mutter
Name, Vorname:		
Geburtstag:		
Arbeitgeber:		
beihilfeberechtigt:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beruf:		
berufstätig:	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags	<input type="checkbox"/> ganztags <input type="checkbox"/> halbtags
Staatsangehörigkeit:		

Zuweisender Arzt / zuweisende Stelle (Name und genaue Anschrift, Tel.-Nr.): _____

Stempel und Unterschrift des Überweisers

Weshalb möchten Sie ihr Kind vorstellen?

In welchem Bereich sehen Sie bei Ihrem Kind Probleme?

Körperbeherrschung und Bewegung

Verhalten

Intelligenzentwicklung

Umgang und Spiel mit anderen Kindern

Sprachentwicklung

Erziehung

Hören

schulische Leistungen

Sehen

Sonstiges

Wachstum und Körperbau

Ernährung

Anfälle

Können Sie die Probleme genauer beschreiben?

Welche Untersuchungen und Hilfen erwarten Sie?

Fragen zur Schwangerschaft

Die wievielte Schwangerschaft war es? _____

Hatte die Mutter früher Fehlgeburten? (wann?) _____

Wie alt waren die Eltern bei der Geburt des Kindes? Mutter _____ Jahre, Vater _____ Jahre

Nahmen Sie während der Schwangerschaft Medikamente ein? ja nein

Welche? _____

Zeigten Ultraschall-Untersuchungen Auffälligkeiten? Welche? _____

Bestanden in der Schwangerschaft besondere Belastungen oder Krankheiten wie z. B.:

Blutungen/ drohende Fehlgeburt/ drohende Frühgeburt hoher Blutdruck / EPH-Gestose

Infektionskrankheiten Operationen

Zuckerkrankheit seelische Belastungen

andere (bitte schildern Sie sie) _____

Fragen zur Geburt

In welchem Krankenhaus hat die Mutter entbunden? _____

Errechneter Geburtstermin: _____

Entbindung: termingerecht zu früh _____ Tage / Wochen zu spät _____ Tage / Wochen

Wie lange dauerte die Geburt insgesamt _____ Stunden

die Presswehen _____ Stunden

die Zeit zwischen Blasensprung und Geburt _____ Stunden

War das Fruchtwasser grün zu viel zu wenig

War die Nachgeburt (Plazenta) auffällig zu klein vernarbt

Gab es Erschwernisse bei der Geburt wie z.B.

Zwillinge Steißlage Kaiserschnitt Sauglocke andere (bitte beschreiben Sie sie):

Fragen zum Neugeborenen

(Vergleiche U1 und U2 im Vorsorgeheft)

Gewicht _____ g Länge _____ cm Kopfumfang _____ cm

Hat Ihr Kind sofort nach der Geburt geschrien? ja nein Apgarwerte

--	--	--

Wurde Ihr Kind beatmet? ja nein wie lange? _____

Nabelarterien-pH-Wert: _____

Wurde Ihr Kind in eine Kinderklinik verlegt? ja nein

Anschrift: _____

Traten in den ersten Lebenswochen Komplikationen auf wie z. B.

Infektionen Krampfanfälle andere _____

Wie hat sich Ihr Kind in den ersten Lebensjahren entwickelt?

In welchem Alter begann es, frei zu sitzen _____

Sie anzublicken _____ zu krabbeln _____

zu lächeln _____ frei zu gehen _____

zu greifen _____ erste Worte zu sprechen _____

sich zu drehen _____ kurze Sätze zu sprechen _____

Was spielt Ihr Kind besonders gerne?

Nimmt Ihr Kind Medikamente ein?

Welche und wie oft? _____

Der Fragebogen wurde ausgefüllt von Vater Mutter anderen _____

Fragen zu Familie, Kindergarten und Schule

Geschwister:

Schreiben Sie bitte die Namen aller Ihrer Kinder auf sowie aller anderen Kinder, die in der Familie leben

Name	Geburtsdatum	welche Schulart und Klasse (bzw. berufl. Ausbildung)	besondere Probleme oder Krankheiten

War ein (Geschwister-) Kind schon bei uns in Behandlung? Wenn ja, welches?

Sind die Eltern verheiratet in eheähnlicher Gemeinschaft getrennt geschieden

Erziehen Sie Ihre Kinder allein? als Mutter als Vater

Wer betreute Ihr Kind im ersten Lebensjahr? _____

Und anschließend? _____

Besucht oder besuchte Ihr Kind eine(n)

Krabbelstube Kindergarten Kinderhort für Schulkinder

Schulvorbereitende Einrichtung (SVE) für _____

Welche Schule besucht oder besuchte Ihr Kind?

Grundschule Mittelschule Weiterführende Schule Diagnose- und Förderklasse

Schule mit besonderem Förderangebot: _____

Klasse _____ Jahr der Einschulung _____

**Wo haben Sie Ihr Kind schon zu Untersuchungen vorgestellt?
Wer behandelte Ihr Kind früher oder behandelt es noch jetzt?**

Beruf oder Therapiestelle*) Name, Anschrift	Wann? von – bis	Wegen welcher Erkrankung? Aus welchem Anlass?

*) z. B. prakt. Kinderarzt, Augen-Arzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt, Orthopäde, Physiotherapeut, Ergotherapeut, Logopäde, Psychologe, Frühförderstelle, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatungsstelle

In welcher Klinik wurde Ihr Kind stationär behandelt?

Anschrift der Klinik	von – bis	Wegen welcher Erkrankung?

Bisher durchgeführte spezielle Untersuchungen (ambulant oder stationär)

- Röntgen (z. B. Hüfte)
 Computertomogramm (z. B. Kopf)
 Kernspintomogramm
- EEG
 Hörprüfung
 Psychologischer Test
 andere und ergänzende Angaben _____

Hat Ihr Kind infektiöse Krankheiten (z. B. HIV, ESBL, MRGN, Hepatitis?)

- ja nein

Wenn ja, welche? _____