



## Fragebogen zur Vorgeschichte des Kindes

(Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden vertraulich behandelt !)

Familienname : \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum : \_\_\_\_\_ Geburtsort : \_\_\_\_\_  
 PLZ, Wohnort : \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit : \_\_\_\_\_  
 Straße : \_\_\_\_\_ Telefon : \_\_\_\_\_

Name des zuweisenden Arztes bzw. der zuweisenden Stelle :

\_\_\_\_\_

**Wegen welcher Sorgen, die Ihr Kind betreffen, suchen Sie vor allem Hilfe?  
 Wer hat Ihnen empfohlen, Ihr Kind vorzustellen?**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**In welchen Bereichen hat Ihr Kind Probleme?** (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Wachstum, Fehlbildungen, Bewegung, Sprache, Hören, Sehen, geistige Entwicklung,

Verhalten, Schulleistungen, Ernährung, Trennung der Eltern

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Wie alt war Ihr Kind, als Sie die ersten  
 Auffälligkeiten in der Entwicklung oder  
 im Verhalten bemerkten?** \_\_\_\_\_

### 1. Bisherige Behandlung

**Welchen Ärzten haben Sie Ihr Kind bereits vorgestellt?** (Bitte genaue Anschrift angeben!)

	Wo? (Name, Adresse)	Wann? (Jahr)
Kinderärzte	1. 2. 3.	
Orthopäde		
HNO - arzt		
Augenarzt		



Weitere Ärzte	1.	
	2.	

**Hat Ihr Kind Allergien?**

Welche?: \_\_\_\_\_

**Wurde Ihr Kind schon einmal in einem Krankenhaus stationär behandelt oder operiert?**

Ja  Nein

Wo? (Name, Adresse)	Wann, wie lange?	Wegen welcher Erkrankung?

**Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?**

	Wo? (Arzt, Klinik)	Wann?
Hörprüfung		
Sehprüfung		
Röntgenaufnahmen (z.B.: Computertomographie, welcher Körperteil?)		
Ultraschall		
EEG		
Andere Untersuchungen (z.B.: MRT, ...)		

**Welche Hilfsmittel hat Ihr Kind ?** (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Brille, Hörgerät, Rollstuhl, Schienen, Spezialbett, Gehhilfe, Therapierad

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Nimmt Ihr Kind z. Zt. regelmäßig Medikamente ein?**

Ja  Nein

Name des Medikamentes	Wieviel ? (z.B.: 3x1 Tbl. tägl.)	Seit wann?



Erhält oder erhielt Ihr Kind eine der folgenden Behandlungen ?

	von / bis	Name des Therapeuten
Krankengymnastik/ Physiotherapie		
Sprachtherapie		
Ergotherapie		
Frühförderung		
Alternative Therapien (welche?)		
Andere Behandlungen		

**Wurde Ihr Kind schon einmal psychologisch untersucht bzw. behandelt?** Ja  Nein

Wo? (Name des Psychologen)	Wann, wie lange?	Aus welchem Anlass?

**Haben Sie gesetzliche Hilfen in Anspruch nehmen können ?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Pflegegeld der Krankenkasse Ja  Nein

Pflegegeld des Sozialamtes Ja  Nein

Ist der sog. Grad der Behinderung (GdB) durch das Versorgungsamt bzw. jetzt Sozialamt festgelegt worden ? Ja  Nein

Wenn ja, mit welchen Merkmalen ? \_\_\_\_\_  
(z.B. 100 %, B, aG, H)

**Fragen zu Kindern mit Krampfanfällen**

Wann trat der erste Anfall auf ? \_\_\_\_\_

Wann trat der letzte Anfall auf ? \_\_\_\_\_

Wie sehen die Anfälle aus, wie laufen sie ab, bestimmte Tageszeit ?

(möglichst genaue Anfallsbeschreibung und Dauer)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## 2. Angaben zur Familie

	der Mutter	des Vaters
Name		
Vorname		
Geburtsdatum		
Schulabschluss		
Abgeschlossene Ausbildung		
Ausgeübter Beruf		
Staatsangehörigkeit		

### In welchem Familienstand leben die leiblichen Eltern?

- verheiratet       getrennt lebend, seit \_\_\_\_\_  
 unverheiratet       geschieden, seit \_\_\_\_\_

### Wer außer den leiblichen Eltern betreut und erzieht das Kind innerhalb der weiteren Familie noch in größerem Umfang? (z.B. Lebenspartner, Großeltern, Verwandte)

\_\_\_\_\_

**Sorgeberechtigt ist/ sind:** Vater  Mutter  Pfleger

**Ergänzende Angaben:** \_\_\_\_\_  
(Heimaufenthalte, Adoption, Pflege,...)

### Sind gleiche oder ähnliche Erkrankungen oder Störungen, wie sie bei Ihrem Kind vorliegen, schon in der engeren oder weiteren Familie vorgekommen? Bei wem ?

\_\_\_\_\_

### Welche der folgenden Krankheiten oder Störungen sind in der engeren oder weiteren Familie schon aufgetreten? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Körperbehinderung, Geistiger Entwicklungsrückstand, Sehstörungen, Taubheit, Krampfanfälle (Epilepsie), Seelische Erkrankung, Fehlbildungen, Bewegungsstörung, Sprachentwicklungsrückstand, Lese-Rechtschreib-Probleme



### 3. Fragen zu den Schwangerschaften

Der wievielten Schwangerschaft entstammt das Kind ? \_\_\_\_\_

Erfolgte eine Sterilitätsbehandlung ? Ja  Nein

Fehlgeburten                      Wieviele ? \_\_\_\_\_ Wann ? \_\_\_\_\_

Totgeburten                        Wieviele ? \_\_\_\_\_ Wann ? \_\_\_\_\_

Schwangerschafts-                Wieviele ? \_\_\_\_\_ Wann ? \_\_\_\_\_  
unterbrechungen

### Nennen Sie bitte die Namen der Kinder (einschließl. Patient) in der Reihenfolge ihrer Geburtstage.

(auch wenn Kinder bereits verstorben sein sollten, evtl. ergänzende Angaben am Schluss).

Name des Kindes	Geburtstag	Evtl. Bemerkungen
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

### 4. Fragen zur Schwangerschaft mit dem angemeldeten Kind

(Kreuzen sie bitte die zutreffenden Begriffe der Erkrankungen und Störungen an und geben Sie bitte den Zeitpunkt an, falls möglich)

	<u>Monat</u>		<u>Monat</u>
Blutungen <input type="checkbox"/>	_____	Unfälle <input type="checkbox"/>	_____
Schwangerschafts- erbrechen <input type="checkbox"/>	_____	Operationen <input type="checkbox"/>	_____
Vorzeitige Wehen <input type="checkbox"/>	_____	Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/>	_____
Ödeme <input type="checkbox"/> (geschwollene Beine)	_____	Röntgenuntersuchungen <input type="checkbox"/>	_____
Eiweiß im Urin <input type="checkbox"/>	_____	Erhöhter Blutdruck <input type="checkbox"/>	_____
Seelische Belastungen <input type="checkbox"/>	_____	Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/>	_____

### Während der Schwangerschaft:

Zigaretten: \_\_\_\_\_ Stück pro Tag      Alkoholkonsum (wieviel?): \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme/ Drogen/ Suchtmittel: Welche ? \_\_\_\_\_

Wieviel ? \_\_\_\_\_

Sonstige Erkrankungen bzw. Störungen : \_\_\_\_\_

(z.B. Fruchtwasseruntersuchungen)



## **5. Fragen zur Geburt des angemeldeten Kindes**

Alter der Mutter bei der Geburt des Kindes? \_\_\_\_\_ Jahre

Alter des Vaters bei der Geburt des Kindes? \_\_\_\_\_ Jahre

Wo wurde das Kind geboren? im Krankenhaus  zu Hause

War der Vater anwesend? Ja  Nein

Anschrift des Krankenhauses: \_\_\_\_\_

Erfolgte die Geburt rechtzeitig  zu früh  \_\_\_\_\_ Wochen

zu spät  \_\_\_\_\_ Wochen?

Wann war der errechnete Geburtstermin? \_\_\_\_\_

War der Blasensprung mehr als 24 Stunden vor der Geburt? \_\_\_\_\_

Geburtsdauer insgesamt: \_\_\_\_\_ Stunden

### **War einer der folgenden Eingriffe notwendig?**

Kaiserschnitt  Geburtszange  Saugglocke

War die Nachgeburt (Placenta) auffällig verändert? \_\_\_\_\_

### **Gab es Besonderheiten?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Nabelschnurvorfall  Querlage  Nabelschnurumschlingung

Gesichtslage  Herztonabfall  Grünes Fruchtwasser

Steißlage  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bestand eine Zwilling-, Mehrlingsschwangerschaft?** Ja  Nein

## **6. Fragen zum Neugeborenen**

Gewicht: \_\_\_\_\_ Gramm Länge: \_\_\_\_\_ cm Kopfumfang: \_\_\_\_\_ cm

Hat das Kind sofort geschrien? Ja  Nein

War eine Sauerstoffgabe oder eine Beatmung notwendig? Ja  Nein

### **Wie waren die sog. APGAR - Werte und der pH-Wert nach der Geburt?**

(Vergleichen Sie bitte mit der ersten Vorsorgeuntersuchung und tragen Sie die Werte in die Kästchen ein !)

pH- Wert: \_\_\_\_\_



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

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Blutgruppenunverträglichkeit, Hüftreifungsstörung (Behandlung mit Spreizhose, Gips,...), Gelbsucht, Atemstörungen, Krämpfe, Trinkschwäche, Infektionen, Entzündungen, Unruhezustände, Erbrechen, Schläfrigkeit,

Sonstiges: \_\_\_\_\_

**7. Fragen zur Ernährung**

Wurde Ihr Kind gestillt ? Wenn ja, wie lange ? \_\_\_\_\_

Breikost erhielt Ihr Kind ab dem \_\_\_\_\_ Monat; feste Nahrung ab dem \_\_\_\_\_ Monat

Jetzige Ernährung (Zahl der Mahlzeiten, Art der Nahrung): \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:** (z.B. Saugen, Schlucken, Kauen, Speichelfluss, Ablehnung fester Kost)

**8. Bisherige Entwicklung**

Folgende Fertigkeiten und Meilensteine der Entwicklung beobachteten Sie bei Ihrem Kind erstmals etwa im Alter von (bitte in Monaten oder Jahren angeben):

	<u>Alter</u>		<u>Alter</u>
1. Anblicken	_____	4. Lautieren/Babbeln	_____
2. Lächeln	_____	5. Erste Worte	_____
3. Gezieltes Greifen	_____	6. Zweiwortäußerungen	_____
		7. Mehrwortäußerungen	_____
	<u>Alter</u>		<u>Alter</u>
8. Drehen	_____	12. Trocken (tags/ nachts)	_____
9. Freies Sitzen	_____	13. Sauber (tags/ nachts)	_____
10. Krabbeln	_____	14. Selbständiges Essen	_____
11. Freies Gehen	_____	15. Selbständiges Anziehen	_____

Ergänzende Angaben: \_\_\_\_\_

**Hat es bei Ihrem Kind einen Entwicklungsstillstand oder einen Rückschritt in der Entwicklung gegeben und in welchen Bereichen ?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



## **9. Fragen zur Selbständigkeit und zum Spielverhalten**

Hat Ihr Kind Einschlafstörungen ? Ja  Nein

Hat Ihr Kind Durchschlafstörungen ? Ja  Nein

War Ihr Kind schon einmal trocken und nässt wieder ein ? Ja  Nein   
Seit wann nässt es wieder ein ? \_\_\_\_\_

Leidet Ihr Kind an Verstopfungen ? Ja  Nein

Wurden deswegen Untersuchungen durchgeführt ? Ja  Nein   
Wenn ja, wo ? \_\_\_\_\_

Gibt es Verhaltensbesonderheiten ? (z.B. Nägelknabbern, häufiges Blinzeln, Räuspern o.ä.) Ja  Nein

Wenn ja, welche ? \_\_\_\_\_

**Womit spielt / beschäftigt sich Ihr Kind am liebsten ?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Spielt Ihr Kind Gameboy, Computer, Nintendo DS, Playstation, ...? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **10. Fragen zum Kindergarten und zur Schule Ihres Kindes**

**Besuchte oder besucht Ihr Kind folgende Einrichtungen ?**

	<u>Anschrift der Einrichtung /Betreuerin, Klassenlehrerin</u>
1. Kinderkrippe <input type="checkbox"/>	_____
2. Kindergarten <input type="checkbox"/>	_____
4. Grundschule <input type="checkbox"/>	_____
5. Kinderhort <input type="checkbox"/>	_____
6. weiterführende Schule <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

Aktuelle Klasse: \_\_\_\_\_ Klassenleiterin/ Kindergärtnerin: \_\_\_\_\_

Telefonnummer der Einrichtung: \_\_\_\_\_

Bildungsgang:  Förderschule  Hauptschule  Realschule  Gymnasium  andere: \_\_\_\_\_

**Der Fragebogen wurde ausgefüllt von:** Mutter  Vater  Anderen \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_