

Elternfragebogen:

Vor- und Zuname des Kindes: _____

Geboren am: _____

Überwiesen von: _____

Kinderarzt: _____

Hausarzt: _____

Bitte schildern Sie die Gründe der jetzigen Vorstellung des Kindes:

Wo und wann wurde das Kind wegen der augenblicklichen Probleme bzw. Erkrankungen schon einmal vorgestellt?

_____ Jahr: _____
_____ Jahr: _____
_____ Jahr: _____

Familienanamnese:



Leiblicher Vater des Kindes:

Name: _____

geb. am: _____

Schul- und Berufsbildung: _____

Jetziger Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

Leibliche Mutter des Kindes:

Name: _____

geb. am: _____

Schul- und Berufsbildung: _____

Jetziger Beruf: _____

Schwere Erkrankungen: _____

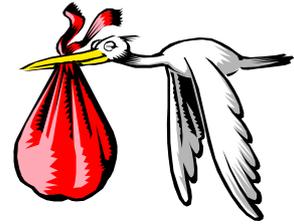
Gibt es Hörstörungen in der Familie? Wenn ja, welche?

Bei wem gibt es Hörstörungen?

Gibt es Sprachstörungen in der Familie?

Gibt es Familienangehörige, die spät gesprochen haben?

Patientenvorgeschichte:



Schwangerschaft und Geburt:

Gab es Besonderheiten während der Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Gab es Besonderheiten bei der Geburt (z.B. Frühgeburt, Geburtseinleitung mit Wehentropf, Kaiserschnitt, Sauglockenentbindung, etc.)?

In welcher Schwangerschaftswoche kam Ihr Kind zur Welt? _____

Das Geburtsgewicht betrug _____ g

Das Kind war _____ cm groß

Frühkindliche Entwicklung:

Das Kind konnte alleine sitzen mit: _____ Monaten

Das Kind konnte alleine krabbeln mit: _____ Monaten

Das Kind konnte alleine gehen mit: _____ Monaten

Das Kind sprach erste Worte (Mama, Papa) mit: _____ Monaten

Das Kind sprach erste Zweiwortsätze mit: _____ Monaten

Traten bei dem Kind Sprachauffälligkeiten auf (Stottern, Lispeln)? Wenn ja, welche?

Sauberkeitsentwicklung:

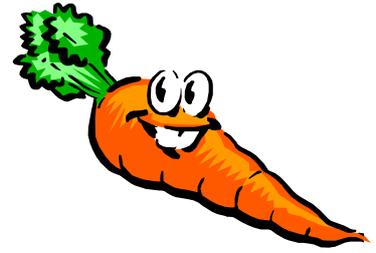
Wann war das Kind trocken?

tagsüber? _____ nachts? _____

Gibt es heute noch Probleme mit der Sauberkeit? Wenn ja, welche?



Ernährung:



Wie wurde das Kind im 1. Lebensjahr ernährt?

Stillen, wie lange?

Wann wurde feste Kost zugefüttert?

Hat Ihr Kind bestimmte Lieblingsspeisen? Wenn ja, welche?

Wie oft ißt Ihr Kind Süßigkeiten?

mehrmals täglich

einmal täglich

Gibt es Verdauungsprobleme (Durchfall, Verstopfung)? Wenn ja, welche?

Klagt Ihr Kind häufig über Bauchschmerzen?

Kindergarten:

Ab welchem Alter hat Ihr Kind den Kindergarten besucht? _____

Welchen Kindergarten (Förder-, Regelkindergarten)? _____

Wie hat sich Ihr Kind in die Gruppe eingefügt? _____

Gibt oder gab es Probleme im Kindergarten? _____

Schule:

In welchem Alter wurde Ihr Kind eingeschult? _____

Welche Schule (Förder-, Regelschule)? _____

Welche Schule besucht Ihr Kind heute? _____

Welche Klasse besucht Ihr Kind? _____

Gibt es Schulprobleme? Wenn ja, welche? _____

Was wurde bisher wegen der Schulprobleme unternommen?

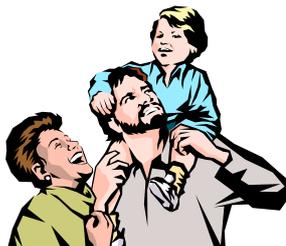
Wie würden Sie die Konzentration und Aufmerksamkeit Ihres Kindes einschätzen?

Bei welchen Dingen kann sich Ihr Kind gut konzentrieren, bei welchen weniger gut?

Verhalten:

Bitte stufen Sie Temperament und Verhalten Ihres Kindes ein: Betreffendes bitte ankreuzen:

- unruhig, immer in Bewegung
 - sehr ruhig, bewegungsarm
 - ungeschickt mit den Händen und Armen
 - Linkshänder
 - Einschlafstörungen
 - Angstträume, Schlafwandeln
 - Durchschlafstörungen
 - Ernährungsstörungen
 - Kopfwerfen / Wiegen mit dem Körper (v.a. vor dem Einschlafen)
 - Nägelkauen
 - gehemmt, unsicher, ängstlich
 - ausgeprägt ängstlich gegenüber Fremden
 - wehrt Körperkontakt ab, kaum liebebedürftig
 - unselbständig, sucht ständig die Nähe der Mutter
 - eifersüchtig
 - Daumenlutschen
 - sucht viel Kontakt „Klammeräffchen“
 - Haarausreißen
 - wenig spielfreudig, muß immer angeleitet werden
 - häufig kränkelnd
 - Trotzanfälle
 - Andere Beobachtungen:
-
-



Hören:

Betreffendes bitte ankreuzen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Hörprobleme bei Ihrem Kind beobachtet? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muß Ihr Kind häufiger nachfragen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Stellt Ihr Kind Radio oder Fernseher ungewöhnlich laut? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind eine laute Stimme? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liebt Ihr Kind laute Spielsachen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Reagiert Ihr Kind überempfindlich auf laute Geräusche? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hat Ihr Kind Schwierigkeiten, sich Dinge zu merken? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Krankheiten:

Welche Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln) hat Ihr Kind durchgemacht?

Welche anderen schweren Erkrankungen hat Ihr Kind durchgemacht?

Hat Ihr Kind schon Mittelohrentzündungen gehabt? Wenn ja, wie oft?

Wie oft leidet Ihr Kind unter Erkältungskrankheiten?

2x im Jahr

5x im Jahr

öfters

Hatte Ihr Kind Operationen? Wenn ja, wann und welche?

Bestehen bei Ihrem Kind Allergien? Wenn ja, welche?

Sind Nahrungsmittelallergien oder -unverträglichkeiten bekannt? Wenn ja, welche?

Besteht eine Medikamentenallergie oder -unverträglichkeit? Wenn ja, welche?

Bestehen Probleme mit der Haut (z.B. Neurodermitis, Ekzeme)? Wenn ja, welche?

Hat Ihr Kind schon Unfälle gehabt? Wenn ja, wann und welche?

Welche Blutgruppe hat Ihr Kind (z.B. 0 Rhesus positiv)?



Schlafen:

Hat Ihr Kind Schlafprobleme? Wenn ja, welche (Einschlaf- / Durchschlafprobleme)?

Hat Ihr Kind Lutschgewohnheiten? Wenn ja, welche (Schnuller, Flasche, Daumen)?

Hat Ihr Kind diese Gewohnheiten (Schnuller, Daumen) nur noch nachts?



Förderung:

Wurden oder werden bei Ihrem Kind bestimmte Fördermaßnahmen durchgeführt (z.B. logopädische Therapie, Krankengymnastik, Ergotherapie, Psychomotorik, therapeutisches Reiten, etc.) Wenn ja, welche und in welchem Zeitraum?

